

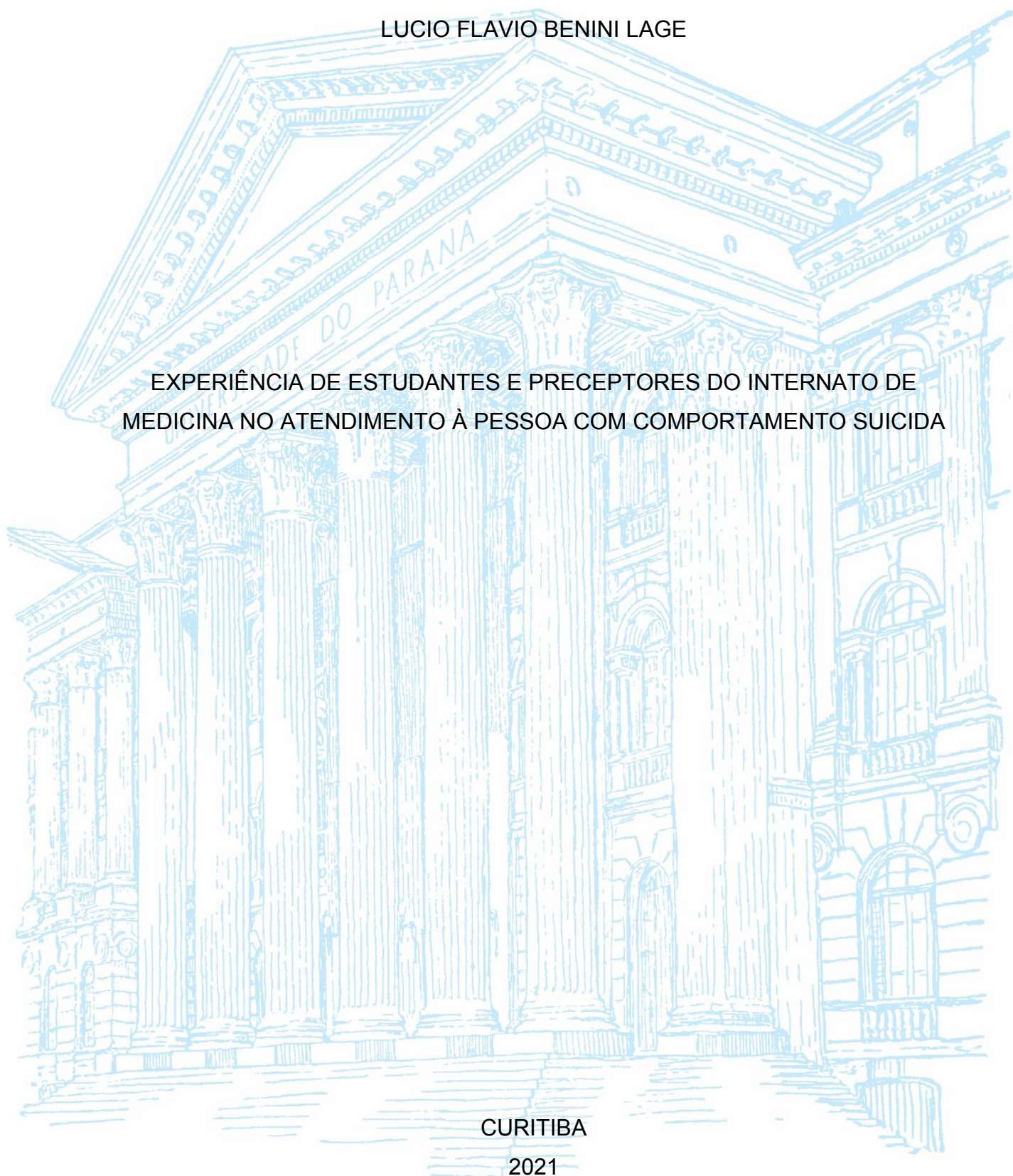
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCIO FLAVIO BENINI LAGE

EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES E PRECEPTORES DO INTERNATO DE
MEDICINA NO ATENDIMENTO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA

CURITIBA

2021



LUCIO FLAVIO BENINI LAGE

EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES E PRECEPTORES DO INTERNATO DE
MEDICINA NO ATENDIMENTO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família, no
Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família -
ProfSaúde, Departamento de Saúde Coletiva, Setor de
Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas
dos Santos

Coorientador: Prof. Dr. Helvo Slomp Junior

CURITIBA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Lage, Lúcio Flávio Benini

Experiência de estudantes e preceptores do internato de medicina no atendimento à pessoa com comportamento suicida [recurso eletrônico] / Lúcio Flávio Benini Lage – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna dos Santos

Coorientador: Prof. Dr. Helvo Slomp Junior

1. Comportamento autodestrutivo. 2. Suicídio. 3. Estudantes de medicina.
4. Preceptoria. 5. Relações médico-paciente. I. Santos, Deivisson Vianna dos.
II. Slomp Junior, Helvo. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.696

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **LUCIO FLAVIO BENINI LAGE** intitulada: **EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES E PRECEPTORES DO INTERNATO DE MEDICINA NO ATENDIMENTO AO COMPORTAMENTO SUICIDA**, sob orientação do Prof. Dr. DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 21 de maio de 2021.

Assinatura Eletrônica

21/05/2021 15:57:36.0

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

21/05/2021 19:04:20.0

IPOJUCAN CALIXTO FRAIZ

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

21/05/2021 15:57:11.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

Aos participantes desta pesquisa em especial, e a todos os participantes de pesquisas que emprestam seu tempo, sua disposição e sua intimidade (corpo, pensamento, história).

Ao que, mais revelado que nunca pelo isolamento e o confinamento, encheu a vida da gente de alegria: ter saúde, o amor, a família, os cachorros, a casa, o trabalho, os amigos ainda que virtualmente, a cozinha, o piano, a leitura, o descanso, os CDs e filmes juntados nos anos.

“Os fatos são sonoros, mas entre os fatos há um sussurro. É o sussurro que me impressiona.”

A Hora da Estrela – Clarice Lispector (Ed. Rocco p. 31)

RESUMO

A relação médico-paciente nasce imersa na cultura e carrega construções que refletem valores de ambos os envolvidos com impacto direto no cuidado oferecido - a medicina é um evento interpessoal e essa habilidade de relacionar-se com o paciente é uma importante competência do médico. A clínica centrada na pessoa tem um dos pilares na empatia: acolher e responder a partir das demandas do paciente abrindo também o caminho para mais envolvimento afetivo e juízos. No contexto do atendimento à pessoa com comportamento suicida – um grave problema de saúde pública nos tempos atuais – questões da relação médico-paciente podem estar potencializadas. O ensino do tema nas escolas médicas pertence principalmente à psiquiatria e exclui outros saberes como a sociologia, a psicologia, medicina de família - o que parece determinar a compreensão do tema e o modelo de cuidado. Trata-se de um estudo exploratório qualitativo que entrevistou estudantes e preceptores do internato no último ano de medicina em UPAs de Curitiba-PR. Os resultados apontaram questões de ordem afetiva, fragilidades estruturais, de juízos, de manejo, que impactam no cuidado oferecido. Um lugar secundário é dado ao papel da escuta e, mesmo percebendo a alta demanda, poucos profissionais identificam a importância da urgência/emergência na linha de cuidado do comportamento suicida. As justificativas para a rapidez do atendimento, para não ouvir, para não garantir privacidade ou autonomia foram principalmente questões estruturais, lacunas de formação, modelos de relação aprendidos e reproduzidos, a falta de espaço de discussão das emoções envolvidas nesses atendimentos e de conceitos como acolhimento, integralidade, medicina centrada na pessoa e cuidado compartilhado. A articulação da rede praticamente não incluiu a Atenção Básica. O ambiente de formação, em uma perspectiva positiva, pode ser ponto importante para a quebra desse ciclo.

Palavras-chave: Comportamento suicida, Autoagressão, Estudantes de medicina, Preceptoria

ABSTRACT

The doctor-patient relationship is born immersed in the culture, made by constructions that reflect values of both involved in and that directly impacts the care offered - medicine is an interpersonal event and this ability to relate to the patient is an important physician's competence. The clinic centered on the person, which has pillars in empathy: embracing and responding by patient's demands, but it also open the way for moral judgments and affective involvement. In the context of caring people with suicidal behavior – a serious public health problem nowadays – issues of the doctor-patient relationship may be enhanced. Teaching this subject in medical schools belongs mainly to psychiatry and excludes other knowledge such as sociology, psychology, family medicine - which seems to determine the understanding and the model of care. This is a qualitative exploratory study that interviewed students and tutors from the last year of medicine in Curitiba-PR. The results point for the following questions: affective, structural weaknesses, judgments, etc. that impact the care offered. A secondary role is given to listening and, despite realizing the high demand, few professionals identify the importance of emergency department in the of care for suicidal behavior. Many ways appears to justify a 'fast assistance', for not listening, not guaranteeing privacy or autonomy such as: structural issues, training gaps, learned and reproduced relationship models; in the lack of space to discuss these emoticons and basic concepts such as user embracement, comprehensiveness, person-centered medicine and integrality in health. The articulation of health network, practically did not include Primary Care. The medical student training environment, in a positive perspective, can be an important point for breaking this cycle.

Keywords: Suicidal behavior, Self-harm, Medical students, Preceptorship

RESUMEN

La relación médico-paciente nace desde la cultura y carga construcciones que reflejan los valores de ambos con impacto directo en el cuidado que se ofrece - la medicina sigue siendo un evento interpersonal y la capacidad de relacionarse es una importante habilidad del médico. La clínica centrada en la persona tiene uno de los pilares de la empatía: acoger y responder a las demandas del paciente y abre el camino a la implicación afectiva a los juicios. En el contexto del comportamiento suicida - problemática de salud pública en la actualidad – cuestiones de la relación entre parecen estar potenciadas. El aprendizaje sobre el tema en las escuelas de medicina pertenece principalmente a la psiquiatría y excluye otras disciplinas como la sociología, psicología, medicina de medicina de la familia lo que parece determinar la comprensión del tema y el modelo de cuidado. Se trata de un estudio de exploración cualitativo que entrevistó estudiantes y preceptores del último año de medicina en su práctica en Curitiba PR. Los resultados apuntan cuestiones: de orden afectiva, de fragilidad estructural, de juicios y de manejo que impactan el cuidado ofrecido. Um lugar secundário se le dá a la escucha y, mismo percibiendo la alta demanda, pocos profesionales identifican la importancia del servicio de urgências en la línea de cuidado al comportamiento suicida. Las justificaciones para una atención rápida, para no oír, no garantizar privacidad o autonomía fueron principalmente cuestiones estructurales, deficiencias de formación, modelos de relación aprendidos y reproducidos, la falta de espacio de discusión de las emociones em estos atendimentos y de conceptos como acogimiento, medicina enfocada en la persona y integralidad. La articulación de la red prácticamente no incluye la atención básica. El ambiente de formación, en una perspectiva positiva, puede ser punto importante para interrumpir ese ciclo.

Palabras clave: Comportamiento suicida, autoagresión, estudiantes de medicina, preceptoria.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema conceitual simplificado para o comportamento suicida.	24
Figura 2 - Comportamento suicida ao longo da vida.	25
Figura 3 - Mensagem de apresentação e convite via WhatsApp®.	33
Figura 4 – Resultados em núcleos argumentativos e em categorias.	36
Figura 5 - Esquema para o ciclo hermenêutico.	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de notificações por violência autoprovocada, segundo sexo e ano, população total e na de 15 a 29 anos, Brasil, 2011 a 2018.....	26
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção das circunstâncias da exposição/contaminação dos casos de intoxicação exógena, Brasil, 2007 a 2017.....	26
Tabela 2 - Caracterização dos participantes.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	- Atenção Básica
AIDS	- Acquired Immunodeficiency Syndrome
APS	- Atenção Primária a saúde
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CEP	- Comitê de ética em Pesquisa
CID	- Classificação internacional de Doenças
CNS	- Conselho Nacional em Saúde
COVID-19	- Coronavirus disease 2019
DSM	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IRIS	- Índice de Risco de suicídio
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da saúde
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEP	- Unidade de Estabilização Psiquiátrica
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE SÍMBOLOS

® - marca registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	O lugar social da relação médico-paciente	17
1.2	O lugar do estudante de medicina	20
1.3	Sobre o comportamento suicida	22
1.4	O manejo clínico do paciente com comportamento suicida	27
1.5	O tema do comportamento suicida na formação médica.....	28
2	O OBJETO DO ESTUDO	31
2.2	Objetivos.....	31
2.2.1	Objetivos Gerais	31
2.1.2	Objetivos Específicos	31
3	O CAMINHO METODOLÓGICO	32
3.1	O desenho da pesquisa	32
3.2	Tratamento dos dados.....	35
4	O REFERENCIAL TEÓRICO	37
5	RESULTADOS	41
5.1	Caracterização dos participantes	41
5.2	Análise das narrativas.....	42
5.2.1	Sentimentos envolvidos no atendimento no campo de estágio	45
5.2.2	Manejo clínico do comportamento suicida no campo de estágio.....	47
5.2.3	A formação médica no contexto do cuidado às pessoas com comportamento suicida.....	51
6	DISCUSSÃO	53
6.1	A influência do ambiente do campo de estágio	53
6.2	Os sentimentos envolvidos no atendimento no campo de estágio	57
6.3	Manejo clínico do paciente com comportamento suicida.....	60
6.1.4	A formação médica no contexto do cuidado a pessoas com comportamento suicida.....	64
6	CONCLUSÃO.....	67
	REFERÊNCIAS.....	68
	ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA UFPR.....	77
	ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA - POSITIVO	78
	ANEXO 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	79

ANEXO 4 – CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS (ESTUDANTES) – UNIVERSIDADE POSITIVO	80
ANEXO 5 – CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS (ESTUDANTES) - COORDENAÇÃO DO INTERNADO DE SAÚDE MENTAL.....	81
ANEXO 6 – CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS (ESTUDANTES) – SIAE.....	82
ANEXO 7 – TCLE DOS ESTUDANTES	83
ANEXO 8 - CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS (PRECEPTORES) – UNIVERSIDADE POSITIVO	87
ANEXO 9 - CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS (PRECEPTORES) - COORDENAÇÃO DO INTERNADO DE SAÚDE MENTAL.....	88
ANEXO 10 – TCLE PRECEPTORES	89
QUALIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES	92

1 INTRODUÇÃO

1.1 O lugar social da relação médico-paciente

A relação médico-paciente nasce imersa na cultura e carrega construções que refletem valores de ambos os envolvidos com impacto direto no cuidado oferecido (WHITE, 2004) (KLEINMAN; BENSON, 2006). Cuidado aqui, em seu sentido mais amplo, além do procedimento técnico, mas numa visão integral como produto das relações entre profissionais e usuários, entre profissionais e instituições:

(...) ‘cuidado em saúde’ é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas (PINHEIRO, 2021)

Mesmo diante de muitos avanços tecnológicos e clínicos a medicina segue sendo um grande evento interpessoal e essa habilidade de relacionar-se com o paciente é claramente um aspecto muito importante das competências do médico. Ela tem papel na entrega de um cuidado de qualidade refletindo, tanto na satisfação subjetiva, quanto em aspectos objetivos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. (HAIDET *et al.*, 2002).

Junto da evolução histórica da medicina, a sociedade construiu uma ideia de médico em seu imaginário, e esse modelo compreende uma combinação complexa de habilidades emocionais e técnicas. A demanda referente ao médico não mudou ao longo da história e sua competência técnica não é sua característica mais valorizada pelos pacientes conforme evidenciado em Boltanski (1979) e sim sua habilidade de acolher, escutar e comunicar. Tudo isso reforça a relevância desta relação no processo terapêutico como já enunciado na frase “*o remédio mais usado em medicina é o próprio médico*”. (Ballint, 1975, p.5).

Observam-se expectativas extremas e até ambivalentes para uma boa relação médico-paciente como altruísmo, empatia X isenção/distanciamento (capacidade de se conter), dúvida (enquanto curiosidade diagnóstica), apreço pela verdade, respeito às diferenças (em negação à ‘função apostólica’ do médico como proposto por Ballint), nenhuma discriminação étnica, social; humildade, flexibilidade,

criatividade, paciência, solidariedade, domínio da faculdade de curar, de tranquilizar (SOAR FILHO, 1998; JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1982).

O modelo biomédico, centrado no lado biológico do adoecer e na anamnese estruturada, foi e ainda é muito forte. Seu foco de interesse clínico está na doença, onde o médico opera traduzindo as reclamações do paciente em sinais e sintomas. Este modelo guarda relação histórica com um período de grande evolução do conhecimento técnico científico médico e várias ciências correlatas à medicina como a farmacologia, métodos de imagem, etc. entretanto, é possível enunciar também, que o modelo biomédico serviu, e ainda serve à medicina, para colocar médico e paciente em posições distantes, onde há pouco espaço para que se fale sobre sentimentos mais profundos e o diálogo muitas vezes se limita à troca das informações superficiais na anamnese. Serviu também para afastar a medicina de outros saberes e da saúde mental (PAGLIOSA; ROS, 2008). Jacques Lacan, falou sobre a ‘passagem da medicina ao campo exclusivo da Ciência’; ignorando tanto que *“as funções do organismo humano sempre se constituem debaixo de determinantes sociais”*, quanto as relações que a medicina guardava com a filosofia, a sociologia, a antropologia e outras disciplinas (LACAN, 1966).

Ao longo do século XX e com maior impulso nos anos 70, a atenção dos estudiosos em saúde começa a se voltar para os Determinantes Sociais da Saúde, trazendo a medicina e a relação médico-paciente para uma perspectiva biopsicossocial. Essa lógica biopsicossocial tem desdobramentos importantes: catalisa mudanças curriculares e estruturais na formação médica ao longo do mundo; implica na compreensão do processo de adoecimento servindo de base para vários sistemas de saúde incluindo o nosso SUS (PAGLIOSA; ROS, 2008). Compreende-se a partir daí, que a doença carrega um conjunto simbólico, uma ecossistema corpo-indivíduo-sociedade de acordo com Kleinman (2017). Podemos então direcionar nosso interesse para a ‘experiência do adoecer’ e ela inclui a maneira como o indivíduo, sua família e seu contexto social impactam ou são impactados por esse processo.

A atenção direcionada a esse ‘ecossistema’ funda a ‘Clínica Centrada Na Pessoa’, impactando na oferta de um cuidado mais individualizado e mais efetivo (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 2006). A ‘Medicina Centrada no Paciente’ é objeto de muito estudo nos tempos atuais. Em contraponto ao modelo da anamnese tradicional, esse outro modelo exploratório abre espaço para uma relação mais

profunda, que visa uma compreensão mais ampla do paciente; mas também, que implica em mais envolvimento emocional dos envolvidos (FIGHERA; SACCOL, 2009; EGNEW; WILSON, 2010).

A compreensão do sujeito dentro desta visão ampliada do ‘ecossistema’ biopsicossocial se desdobra na prática: o cuidado deve ser integral, isto é, abordar o *bio*, o *psi* e o *social*; e precisa agora incluir vários saberes além do saber médico - inclusive os saberes do próprio paciente.

(...) o ‘cuidado em saúde’ é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição.

O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais, gestores dos serviços de saúde e usuários em redes, de tal modo que todos participem ativamente, podem ampliar o ‘cuidado’ e fortalecer a rede de apoio social. Com isso, a noção de ‘cuidado’ integral permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem estar dos indivíduos – opondo-se a uma visão meramente economicista – e devolver a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros-objetos (PINHEIRO, 2021)

A relação médico-paciente tem na empatia um dos seus elementos mais potentes. Este fenômeno capacita o médico a se aproximar da experiência subjetiva de adoecer pela perspectiva do paciente (NOGUEIRA-MARTINS; NOGUEIRA-MARTINS; TURATO, 2006). A empatia é determinante do Acolhimento quando entendido além do seu sentido estrito pois essa atitude, que também é uma tecnologia do cuidado, permite compreender e responder às demandas pela perspectiva do usuário.

A medicina centrada na pessoa, ao quebrar a barreira do distanciamento, amplia o olhar do médico sobre o paciente, mas justamente esse movimento, abre espaço para mais envolvimento afetivo e juízos morais (HILL, 2010). Os termos transferência e contratransferência se relacionam com tais afetos e aparecerão nas narrativas inclusive nominados – por isso merecem atenção.

Freud foi o primeiro autor a introduzir os conceitos de transferência e contratransferência na relação paciente-analista que posteriormente foram revisitados e ampliados a outros modelos de relação, incluindo a relação médico-paciente. A transferência se caracterizaria pelo movimento psíquico do paciente de transferir para a figura do analista afetos inconscientes e originalmente vinculados à

figura de outra pessoa importante de seu passado' sendo mais tarde definida de forma mais abrangente como 'a forma de investir afetivamente nas relações'. No sentido oposto, a Contratransferência estaria em vivenciar sentimentos provocados por esta demanda afetiva percebida a partir dos pacientes. Ela guarda relação com a empatia pois nasce também da busca por "*compreender a vida e as coisas com as quais os pacientes lidam*"; e surge como efeito da influência do paciente nos afetos do médico: "*Tornamo-nos cientes da 'contratransferência', que surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes*". (Freud, 1910/2006b, p. 150) em Zambelli *et al.* (2013).

A busca de conexão com o paciente na forma de compreensão, acolhimento e vínculo se relaciona com a empatia, com a confiança... A missão de acolher deve abarcar todos os envolvidos na atenção: desde a recepção até a consulta médica, esta, culturalmente ainda muito entendida como 'finalidade' do serviço. Uma escuta atenciosa, com espaço de diálogo e privacidade, pode identificar condições ocultas (clínicas, sociais, etc.) de vulnerabilidade e lança mão apenas da sensibilidade, da competência técnica e do bom senso. É possível concluir que a empatia e o acolhimento humanizam a relação entre serviços/profissionais de saúde e usuários pois o acolhimento engloba compreender as necessidades e oferecer respostas a essas demandas particulares.

É tarefa do processo de formação de um médico, desenvolver habilidades de acolher e constituir vínculo com seu paciente dada a importância do Acolhimento na relação médico-paciente e sua relevância na Política Nacional de Humanização do SUS. Palavra de significado ampliado, que inclui não só estar aberto, mas principalmente o compromisso ético – implícito nas atitudes – de receber o outro integralmente, respeitando sua complexidade e sua singularidade: "acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir". (BRASIL, 2010).

1.2 O lugar do estudante de medicina

O conjunto de significados associados à medicina e citados na sessão anterior, justamente por estarem presentes na cultura geral, constituem também a rede de significantes do estudante de medicina. Dentro deste esquema referencial

podem estar inclusive, algumas das razões dessa escolha profissional (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Construir esta identidade custa ao estudante incorporar aquelas características citadas anteriormente: força, confiança, coragem, resiliência, conhecimento técnico; sensibilidade, empatia, isenção de juízos pessoais (imparcialidade), coragem e nenhuma manifestação de fragilidade. Esse referencial a respeito do estudante associa-se a um ambiente acadêmico com pouco espaço onde ele possa manifestar seus sentimentos, dúvidas e frustrações sob o risco de ser acusado de não ter as tais 'caraterísticas da profissão', no popular: "*não dá pra médico*". A desistência então é apontada pelos pares e vivida pelo estudante como um fracasso (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002).

Estudantes de medicina ingressam no curso com alto nível de idealismo que vai decaindo com piora significativa após o início dos anos clínicos (EGNEW, WILSON, 2011). As impressões iniciais de um estudante sobre a relação médico-paciente parecem determinar parte das atitudes desses futuros médicos, isto é, o passado que constituiu esse estudante (ético, moral, cultural, de cidadão) se relaciona com o médico que ele será. Pesquisas de sociólogos e antropólogos direcionadas ao universo da medicina apontam que a forma de atuar no trabalho, desde o ponto de vista organizacional passando pelo manejo da linguagem e das emoções, é adquirida ao longo da formação e afastam o estudante no modelo centrado no paciente (HAIDET *et al.*, 2002) (DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2005).

A despeito de muita literatura sobre a relação médico-paciente sob o ponto de vista das atitudes - decisões e práticas assistenciais -, o tema dos juízos e dos afetos envolvidos nelas geralmente é secundário ou pouco abordado nos estudos (PATEL, 1975; HAIDET *et al.*, 2002; SAUNDERS *et al.*, 2012; TAPOLA; WAHLSTRÖM; LAPPALAINEN, 2016; NEBHINANI *et al.*, 2016; VEDANA; ZANETTI, 2019). Lidar com esses juízos e as reações afetivas negativas que surgem, exige inteligência e estratégias emocionais por parte do profissional (HILL, 2010).

Na fase clínica, estudantes fazem operações de comparação entre os modelos de relação médico-paciente aprendidos e observados e é um desafio para eles decidir quais eles vão adotar (EGNEW, WILSON, 2011). É possível enunciar que a potência da fase clínica associada a essas questões do *currículo oculto* – expressão que remete às coisas que não são formalmente ensinadas, mas que

também são aprendidas – aproximem as práticas progressivamente ao modelo hegemônico e seus efeitos na relação médico-paciente.

As competências (técnica, cultural e afetiva), construídas na biografia desse estudante de medicina, precisam ser trabalhadas e desenvolvidas no processo formativo, pois a cultura *biomédica* não deve perpetuar estigmas e preconceitos que tenham impacto na assistência. Fortalecer estas competências no estudante de medicina passa, no foco de interesse deste estudo, por ampliar a compreensão da complexidade da pessoa com comportamento suicida, de suas formas clínicas de apresentação, da importância do acolhimento e do lugar da emergência na rede de atendimento, etc.

No contexto do atendimento à pessoa com comportamento suicida, a relação entre o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial pode estar potencializada, expondo de forma mais clara as questões do ‘Psi’ e do ‘Social’. Atuar focado em protocolos, questões fisiológicas - *do corpo* - seve para silenciar as emoções envolvidas nesse atendimento, tanto do paciente quanto do médico (HADFIELD, *et al.*, 2009).

1.3 Sobre o comportamento suicida

O suicídio é uma auto violência definida como um ato intencional para acabar com a própria vida. O termo comportamento suicida tem um espectro mais amplo e inclui categorias cujas diferenças nem sempre são facilmente identificáveis como a autonegligência, as lesões autoprovocadas, a ideação suicida, o planejamento suicida e o suicídio (BAHIA, *et al.*, 2017).

Uma lesão autoprovocada pode carregar em si tanto um comportamento suicida (fatal ou não fatal), quanto uma autoagressão (automutilação, arranhaduras, amputação, etc.) sem o objetivo de dar fim a vida. Da mesma forma, nem todo pensamento ou desejo de morrer, resulta em suicídio. Ambas as possibilidades estão presentes: há os casos – grande maioria - em que se trata de uma evolução temporal de pensar, preparar e executar; e há também o suicídio por impulso (BAHIA, *et al.*, 2017). Um modelo esquemático para esta complexidade de conceitos e suas possíveis fronteiras está na Figura 1.

Crosby, Ortega, Melanson (2011) e Crosby *et al.* (2011) definem o suicídio como a morte causada por uma lesão autoprovocada com intenção de morrer; a

tentativa de suicídio como uma injúria autoprovocada não fatal com intenção de morrer; e a ideação suicida como pensar, considerar ou planejar o suicídio. Estes autores destacam ainda que, termos como suicídio consumado, tentativa falha, suicídio não fatal, suicídio com sucesso e ameaça de suicídio são errôneos e pejorativos; e que o termo parassuicídio é excessivamente amplo.

O uso de termos vagos ou definições inconsistentes dificulta o estudo e as teorias em suicídio (KLONSKY; MAY; SAFFER, 2016). O uso simplificado do termo comportamento suicida, por exemplo, não distingue um pensamento suicida (sem planejamento), das tentativas fatais ou não fatais; o termo autoagressão não define os limites entre uma lesão autoprovocada sem ou com intenção de morrer. Essa complexa rede de termos e conceitos ligados ao tema do suicídio impacta nos dados de prevalência, de desfecho e na clínica do suicídio. Distinguir, a violência autodirigida com intenção suicida daquela sem intenção suicida ou de intenção indeterminada, é tarefa difícil quando se trabalha com suicídio.

Para além da discussão técnica entre especialistas, Psiquiatras ou Suicidologistas, de forma geral, o médico na emergência, trabalha principalmente com as definições da CID-10 que não apresenta classificação específica para o tema do comportamento suicida e que utiliza, principalmente, a apresentação do quadro: Lesões Autoprovocadas e autointoxicações, capítulos (ZAMBELLI *et al.*, 2013; PEREIRA, 2020).

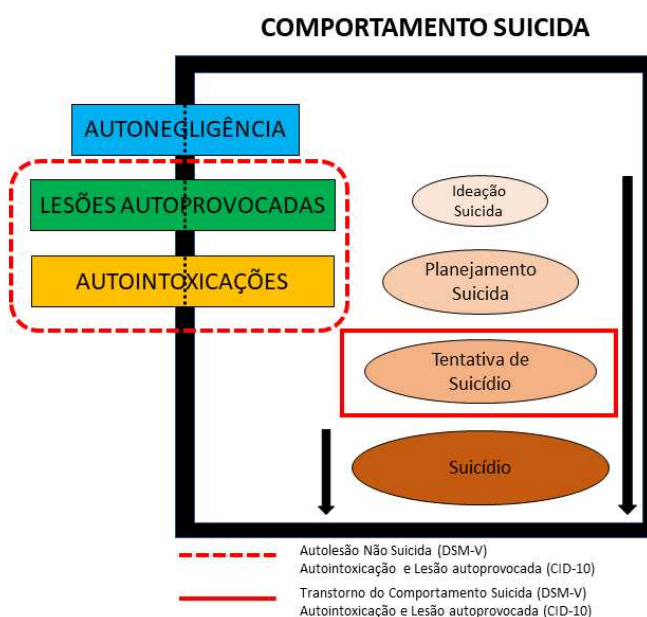
O DSM-V define o Transtorno do Comportamento Suicida pela presença de uma tentativa de suicídio e o categoriza pela violência do método (não violentos: intoxicação por substâncias lícitas ou ilícitas, violentos: pular de alturas, ferir-se com arma); a gravidade (hospitalização, sequelas); e quanto ao planejamento versus impulsividade. Deve-se incluir comportamentos em que, após dar início à tentativa de suicídio, o indivíduo mudou de ideia ou alguém interferiu (APA, 2014)

A Autolesão Não Suicida se caracteriza, no DSM-V, por autolesão sem intenção suicida. O envolvimento de um paciente em autolesão não suicida está associado a tentativas de suicídio. Essas condições merecem mais estudos (APA, 2014).

Padronizar e medir a variedade de termos e conceitos é um desafio primário do estudo do suicídio. Muitas informações vêm de prontuários devido à impossibilidade de examinar o paciente, do ponto de vista clínico e psicológico suicídio (KLONSKY; MAY; SAFFER, 2016).

Esta dificuldade de padronização expressa a complexidade do tema e se reflete no processo de ensino-aprendizagem. Todas as nuances e variáveis envolvidas na questão do Comportamento Suicídio acabam por serem reduzidas ao par Diagnóstico/Tratamento - tão relevante no modelo Biomédico. Também se sustenta a partir desta perspectiva a ideia de Tratamento=Cura.

Figura 1 - Esquema conceitual simplificado para o comportamento suicida.



Fonte: autoria própria.

Como definição para este trabalho, a expressão comportamento suicida foi utilizada de forma ampla e se refere a todo paciente que deu entrada no serviço de emergência (de forma espontânea ou levado por alguém ou serviço) que apresentava uma lesão autoprovocada (intoxicação, cortes, autonegligência) independentemente de intencionalidade que, em muitos casos, nem foi alcançada.

Os dados sobre suicídio no MS são alimentados pela ficha SINAN e são levados em consideração conforme os capítulos da CID-10: Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), intoxicação exógena de intenção indeterminada (Y10 a Y19) e sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87.0). Entre os anos de 2010 e 2017 os dados apontam 470.913 casos de intoxicação exógena no Brasil sendo 220.045 (46,7%) caracterizadas como tentativas de suicídio conforme tabela. O MS ressalva que existe grande quantidade de dados omitidos/ignorados no preenchimento das fichas do SINAN (BRASIL, 2019b).

Figura 2 - Comportamento suicida ao longo da vida.



Fonte: (Botega, 2015)

Para a OMS, dados sobre suicídio são alimentados principalmente por certidões de óbito preenchidas por médico, autoridades legais e a polícia e, de maneira geral, esses dados são escondidos ou subnotificados por diversas razões: questões sociais, culturais e religiosas. Os dados relativos à tentativa de suicídio parecem ser ainda piores, o que impacta na compreensão das tendências (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

Sabe-se que em 50% das mortes por suicídio, houve uma passagem recente por um médico generalista e, em cerca de 1/3, por um psiquiatra (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Na publicação atualizada de 2019 a OMS afirma que uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos no mundo e o suicídio foi a segunda causa de morte entre jovens de 15-29 anos perdendo apenas para os acidentes de trânsito (WHO, 2019).

Das pessoas que dão entrada em serviços de saúde por autoagressões, a principal porta de entrada da rede está nos serviços de emergência e dados sugerem que esses pacientes têm maior risco de suicídio que a população geral no ano que se segue ao episódio de autoagressão. Nesse contexto, os serviços de emergência devem se qualificar como linha de frente na cadeia de atendimento ao suicídio (OLFSON, 2012).

As intoxicações exógenas são importantes agravos e ocorrem principalmente na residência e com medicamentos, mas ainda há relevância nos raticidas e agrotóxicos - principais métodos de suicídio nos países de baixa e média renda, como ilustrado na tabela 1. A maior proporção está concentrada na população

adulta, com baixa escolaridade e desempregada. Observa-se um aumento no número de notificações de lesão autoprovocada e na proporção de notificação de tentativas de suicídio entre jovens de 15 a 29 anos, de 18,3 em 2011 para 39,9 em 2018 (BRASIL, 2019b). Esses dados podem estar associados tanto ao aumento das ocorrências, quanto a melhoria nos registros pelo sistema de vigilância e estão no gráfico 1.

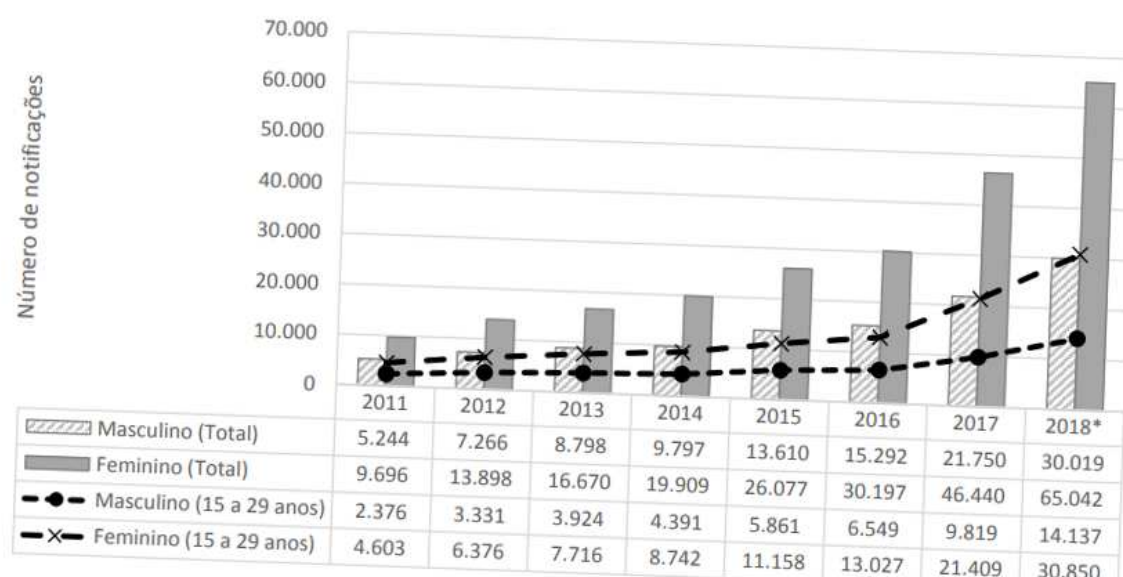
Tabela 1 - Proporção das circunstâncias da exposição/contaminação dos casos de intoxicação exógena, Brasil, 2007 a 2017.

Circunstâncias da exposição/contaminação	n	%
Tentativa de suicídio	220.045	46,7
Abuso	78.953	16,8
Acidental	48.902	10,4
Uso habitual	29.856	6,3
Alimento/bebida	25.874	5,5
Automedicação	12.845	2,7
Uso terapêutico	5.652	1,2
Outros ^a	19.020	4,0
Ignorado	29.766	6,3
Total	470.913	100,0

^aErro de administração, tentativa de aborto, violência/homicídio, prescrição médica inadequada, outras.

Fonte: Brasil (2019a).

Gráfico 1 - Número de notificações por violência autoprovocada, segundo sexo e ano, população total e na de 15 a 29 anos, Brasil, 2011 a 2018.



Fonte: Brasil (2019a).

1.4 O manejo clínico do paciente com comportamento suicida

Estudos direcionados aos pacientes com comportamento suicida que procuram os serviços de saúde descrevem, principalmente, experiências negativas muitas vezes relatadas como um “ritual de humilhação” (CLARKE, 2014; TAPOLA; WAHLSTRÖM; LAPPALAINEN, 2016). Os relatos das experiências circulam, principalmente, em torno das atitudes dos profissionais, ou apenas como uma experiência subjetiva negativa (REES; RAPPORT; SNOOKS, 2015).

A leitura preliminar sugere que as experiências, impressões e juízos pessoais de profissionais e pacientes tem influência significativa nesse cenário de atendimento e aparecem em relatos tanto dos usuários, quanto dos profissionais de saúde. A *tensão* gerada no atendimento a pacientes que dão entrada nos serviços de saúde com comportamento suicida impacta nas atitudes dos profissionais e é chave na compreensão de seus comportamentos e seus desdobramentos no cuidado do paciente (NEBHINANI *et al.*, 2016; VEDANA; ZANETTI, 2019).

Nesse sentido, pesquisar o contexto desta experiência de atendimento, pode trazer à superfície tais atitudes e as operações lógicas e afetivas que estão por trás delas. Por definição, uma **atitude** seria um “comportamento **ditado por disposição interior**; maneira, conduta” (OXFORD, 2018). Interessa a este estudo, estas disposições interiores, o que se passa, nestes profissionais, nesta experiência de atendimento: “são as ‘representações trancadas’ que encontramos no nível das influências curtas e das reações imediatas”. (RICOEUR, 1978).

O estigma presente tanto na população geral quanto nos profissionais de saúde está relacionado à iatrogenia presente nesses atendimentos (SARTORIUS, 2002; MACKAY; BARROWCLOUGH, 2005). Observa-se nos profissionais uma atitude negativa, um comportamento inadequado e sem empatia (WEE *et al.*, 2018). De acordo com Snow (2016), os pacientes narram que têm sua privacidade exposta, que são negligenciados em suas demandas e em sua autonomia.

“[A autoagressão é um ato privado e na maioria dos atendimentos na emergência o paciente está entre outras pessoas... Cobrir as lesões, recolocar minhas roupas após os exames... pessoas que me trataram com dignidade me ajudaram mais que aquelas que me fizeram sentir mais culpada pelo que aconteceu]”
 [“raramente me oferecem analgesia.”]
 [“eu pensava que você gostava de sentir dor”]

["ao recusar alguma abordagem - sutura, medicações - eu ouvia: 'não tem jeito de ajudar você está recusando tratamento' - mas eu aceitaria curativos, por exemplo, discuta comigo sobre os tratamentos... quais eu toleraria.]"
(SNOW, 2016, p.1, tradução própria)

Capacitar profissionais no manejo de pacientes com comportamento suicida é estratégia importante na prevenção do suicídio. (SAUNDERS et al., 2012) O ambiente de discussão do atendimento também pode se tornar um importante ambiente de capacitação, de promoção e prevenção em saúde. Explorar a experiência de adoecer de um indivíduo que é atendido no serviço de saúde por atentar contra si mesmo também exige uma abordagem empática ampla, dentro de uma perspectiva de compreensão, a fim de deixar que o sujeito fale sobre a sua dor, sem qualquer julgamento ou interpretação (GUILLON, 2009).

1.5 O tema do comportamento suicida na formação médica

A busca inicial pelo tema mostra escassez de material científico. Na base PubMed® retornam 997 trabalhos entre 2010 e 2022. Na Scopus®, uma histórica desde 1975 mostra muitos anos com nenhuma ou apenas uma publicação até 2000, um aumento após 2007, um salto após 2015 com pico em 2019. A falta de estudos e capacitação de médicos e estudantes de medicina ao final da formação tem papel relevante na evitação e na incapacidade de interrogar esses pacientes conforme aponta Rivera-Segarra *et al.* (2018).

Apesar de certa compreensão empírica de que o comportamento suicida envolve questões de ordem individual, social, médica, etc., na formação médica, seu ensino se dá basicamente pela Psiquiatria e sem a participação de outras áreas de saber como a psicologia, a sociologia, a filosofia, assistência social ou a medicina de família.

Este lugar do comportamento suicida na formação médica pode muito bem exemplificar a ideia da ampliação do objeto da medicina (medicalização) pensada por Foucault onde a medicina se apropria de vários aspectos da vida humana: o biológico, o psicológico, o político, o econômico e o social; e as variáveis relacionadas ao comportamento suicida ficam reduzidas à ideia do diagnóstico nosológico e do tratamento/cura. No contexto da psiquiatria há que se destacar seu papel de definir comportamentos como 'Normais *versus* Anormais' com critérios ditos

objetivos (uma única tentativa, mais que 2 semanas, a maior parte do dia, etc.) – mesmo diante da complexidade de uma subjetividade (ZORZANELLI; CRUZ, 2018).

O ensino do tema nas escolas médicas ainda é propriedade principalmente da Psiquiatria e dos Psiquiatras. Estudantes de medicina recebem pouca qualificação sobre atendimento à pessoa com comportamento suicida e, desta forma, o profissional médico tende a abordar este tema da mesma forma que aborda outros temas clínicos. Duas falhas básicas podem nascer já a partir daqui: interrogar direta e violentamente o paciente e julgar suficiente ignorando ouvir questões psicossociais (está pensando ou já pensou em se matar?); e a ideia de que o tema do suicídio só diz respeito aos pacientes da psiquiatria (SHER, 2011).

A OMS, desde 2000, chama atenção para o papel relevante da APS na questão do suicídio e elenca as características deste modelo de atenção que poderiam melhorar esta linha de cuidado como: o contato longo e próximo entre equipe e comunidade, o lugar de ‘porta de entrada’ ao sistema de saúde, estarem presentes mesmo em países onde a rede de atenção à saúde mental não esteja tão organizada, a capacidade de articular o cuidado entre comunidade/família/amigos, entre outros (WHO, 2000).

Estudantes são um recurso vital para o futuro do exercício da medicina. Em um momento em que muitas escolas médicas despertaram para discutir e aprimorar seus projetos pedagógicos, esse trabalho de pesquisa usa o tema das autoagressões e do suicídio como ‘questão índice’ para discussão da comunicação médico-paciente, das habilidades na abordagem centrada na pessoa, das atitudes positivas e negativas diante destes pacientes e dos afetos de onde emergem tais atitudes; das capacidades técnicas relacionadas ao tema e, quem sabe, identificar lacunas de aprendizado do currículo formal que precisem ser trabalhadas.

Neste sentido, a formação médica deve incluir um ambiente de discussão das experiências pessoais e seus impactos no aprendizado, as frustrações, as angústias, os limites pessoais, a fim de não se transformar em ambiente de opressão e de perpetuação de estigmas e preconceitos. O processo de formação de um médico deve juntar às habilidades do estudante, a capacidade de julgar seu próprio potencial e reconhecer expectativas irreais sobre os limites da atuação médica (KRUEGER, 1979).

Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar: (...) cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado (...) (BRASIL, 2014)

2 O OBJETO DO ESTUDO

Ao longo de 15 anos atuando em serviços de emergência me chamou atenção o cuidado oferecido aos pacientes que davam entrada nos serviços por apresentarem comportamento suicida: grande carga emocional por parte de todos os envolvidos, estresse associado ao ambiente e a carga de trabalho, práticas das mais diversas desde claro distanciamento até um envolvimento profundo, condutas de acordo e em desacordo com as melhores evidências, etc... tudo isso me despertou interesse de compreender o que se passava no contexto destes atendimentos pela perspectiva destes profissionais.

Inicialmente o questionamento da pesquisa se voltou para as razões ou operações subjetivas que estavam envolvidas nesses atendimentos. Posteriormente, e de forma mais abrangente, veio o interesse por saber como estas pessoas se sentem no contexto desses atendimentos e, a partir deste ponto, se desenhou o trabalho de pesquisa: ouvir e compreender as narrativas desses atendimentos pela experiência dos estudantes e seus preceptores.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivos Gerais

Compreender a experiência de estudantes e dos preceptores de medicina em um estágio de emergência quanto ao atendimento de usuários que ingressam no serviço com comportamento suicida.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a experiência dos estudantes e dos preceptores quanto ao atendimento a esses usuários.
- Descrever questões envolvidas no contexto desses atendimentos como emoções, valores, dificuldades, sensações, crenças, senso de capacidade, etc.
- Compreender a relação que estas questões possam guardar com a habilidade de acolher e cuidar.

3 O CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 O desenho da pesquisa

Tratou-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, que visava compreender a experiência de atendimento às pessoas que dão entrada em serviço de saúde com comportamento suicida.

O campo do estudo se deu em um estágio de urgência e emergência no internado de saúde coletiva no 6º ano de medicina. O estágio acontece em três Unidades de Pronto Atendimento da cidade de Curitiba-PR, das 07:30 às 13:30 de segunda a sexta-feira. Cada grupo de estágio tem entre 5 e 6 internos e passa 2 rodízios de 4 semanas - cada rodízio com um preceptor. A outra parte do internato em Saúde Coletiva se dá na Saúde Mental.

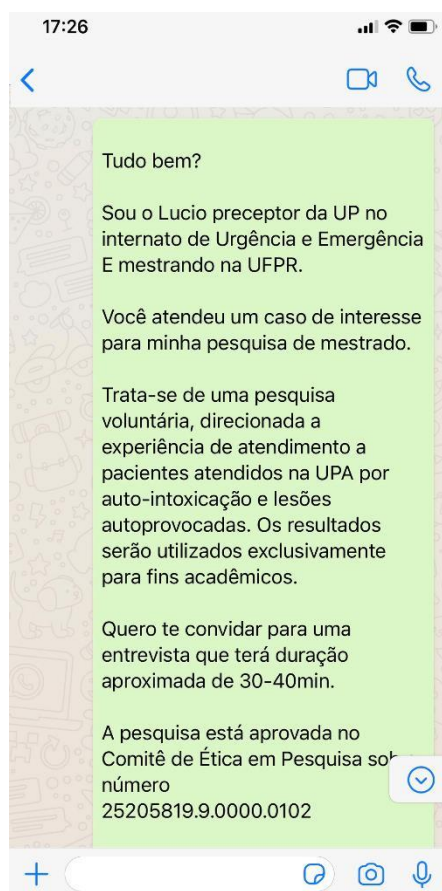
O estudo foi desenhado para ser realizado inicialmente com alunos de Medicina da Universidade Positivo mas, com a eclosão da pandemia da COVID-19 no Brasil, os estágios foram cancelados entre março e outubro de 2020. Decidiu-se então, enriquecer o material da pesquisa com as narrativas das experiências por parte dos preceptores que também atuam como médicos assistentes além de supervisionar os atendimentos dos estudantes no mesmo ambiente de estágio.

O estudo partiu da hipótese de que existem fatores de ordem individual (técnicos e afetivos), social, e cultural operando nesses participantes (estudantes do último ano de medicina e preceptores), no campo de estágio; que eles se expressam no cuidado oferecido e que eles podem estar potencializados no atendimento a pacientes que procuram o serviço por atentar contra si ou contra a própria vida principalmente por se tratar de um tema tabu na cultura. A compreensão da experiência e do significado que cada estudante dá a ela bem como seu efeito no processo de formação médica pode refletir em estratégias educacionais relacionadas ao tema do suicídio.

Após aprovação nos CEPs, o pesquisador entrou em contato telefônico com seus colegas preceptores do internato e lhes comunicou o objeto da pesquisa pedindo que, os alunos que atendessem pacientes com comportamento suicida no campo de estágio, fossem identificados e convidados. Seus nomes e contatos foram

então encaminhados ao pesquisador que retornou formalizando o convite e agendando a entrevista. Os preceptores foram convidados por e-mail. A fim de minimizar o tempo transcorrido entre o atendimento e a entrevista e devido as orientações de isolamento social, foi encaminhada uma mensagem de apresentação e formalização do convite via WhatsApp®, como ilustrado na figura 3.

Figura 3 - Mensagem de apresentação e formalização do convite via WhatsApp®.



Fonte: Autoria própria.

Na sequência, foram acordados entre o pesquisador e o participante, também via WhatsApp®, a data e o horário das entrevistas. Todas as entrevistas aconteceram através do aplicativo de web conferência Zoom®.

A infraestrutura mínima para a realização da entrevista presencial era a existência de uma sala ociosa que pudesse ser fechada para garantir a privacidade, um gravador de voz de propriedade do pesquisador e duas cadeiras. Entretanto, todas as entrevistas foram via aplicativo Zoom®. Além de um ambiente com silencio,

era necessário um equipamento (computador ou smartphone) que tivesse o aplicativo funcionando.

Os participantes encaminhados pelos preceptores assim como os próprios preceptores cumpriam os critérios de inclusão que eram: ter mais de 18 anos de idade; atuar no internado de urgência e emergência do último ano do curso de medicina, ter atendido algum paciente que deu entrada no serviço de emergência por comportamento suicida e aceitar o convite do pesquisador. Foram critérios de exclusão do estudo: grupos vulneráveis; quem não cumprisse os critérios de inclusão; participantes convidados que manifestarem desejo de não participar da pesquisa. Não houve nenhum ressarcimento financeiro aos participantes.

As entrevistas tiveram apenas áudios gravados e eles foram armazenados no computador pessoal e em um drive virtual com acesso protegido por senha. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e o trabalho de análise foi feito a partir deste material. O tempo de entrevista não excedeu ao de uma hora. Quando das análises e divulgação dos resultados, as identidades foram substituídas por um identificador que não fazia menção aos nomes devido à proximidade dos participantes e a fim de garantir confidencialidade. Tanto áudio, quanto TCLE eletrônico e material transcrito estão guardados em arquivos protegidos nos computadores e arquivos pessoais do pesquisador e todo o material será destruído após seu uso nas análises da pesquisa transcorrido o tempo estabelecido de guarda de 5 anos conforme a Resolução CNS nº 466/12.

As entrevistas tinham perguntas disparadoras a fim de nortear a conversa na direção do objeto de estudo. Para os estudantes, as perguntas eram 1. Conte como foi sua experiência no atendimento deste paciente? 2. Que sentimentos você acredita que estavam presentes nesse atendimento? 3. O que você pensa sobre o cuidado oferecido a este paciente? 4. O que você acredita que aprendeu no atendimento deste caso? 5. O que você acredita que te ajudaria em relação a este atendimento? Para os preceptores participantes as perguntas disparadoras foram adaptadas ao conjunto dos atendimentos de suas experiências: 1. Conte sobre as suas experiências no atendimento destes pacientes? 2. Que sentimentos você acredita que estão presentes nesses atendimentos? 3. O que você pensa sobre o cuidado oferecido a estes pacientes? 4. O que você acredita que aprende no atendimento destes casos? 5. O que você acredita que te ajudaria em relação a

estes atendimentos? Todas as entrevistas foram realizadas por mim e não houve treinamento ou ensaio prévio.

Falar sobre si e sobre experiências carrega sempre o risco de constrangimento na exposição das emoções, de reviver os afetos do momento do atendimento como tristeza, angústia, raiva, identificação. Além disso, há o risco de timidez ou desconforto tanto por parte dos estudantes quanto dos preceptores participantes pelo fato da entrevista ser realizada por um preceptor que atua na mesma instituição de ensino e na mesma disciplina. Para minimizar este risco, os estudantes entrevistados foram aqueles que não passariam com o preceptor pesquisador. Para todos os participantes foi garantido um ambiente acolhedor e reservado.

Além disso, havia o risco da identificação de algum participante com o tema do suicida. Os participantes foram informados que caso se sentissem emocionalmente afetados pelos assuntos abordados, tinha apoio médico e psicológico a disposição já acordado com o SIAE – Serviço de Informação e Apoio ao Estudante da Universidade Positivo e, para os preceptores, o Coordenador do Internato em Saúde Mental. (anexos II e III)

3.2 Tratamento dos dados

Após a transcrição em Word®, as entrevistas foram lidas várias vezes e preparadas para a análise: primeiro retirando-se trechos inespecíficos e vícios de linguagem visando limitar o texto a trechos que remetessem à experiência do participante e todas as suas percepções; depois foi criada uma tabela em Excel® agrupando os relatos semelhantes na tentativa de organizar o material em núcleos argumentativos e esses em categorias, como na figura 4.

Os núcleos argumentativos foram criados a partir de palavras presentes nas narrativas e depois agrupados por semelhança em categorias.

A primeira categoria - “A Experiência de atendimento na Urgência/Emergência” - englobava os núcleos argumentativos referentes a: sentimentos (afetos) em relação ao atendimento e argumentos referentes à motivação/justificativa do comportamento suicida.

A segunda categoria – “Condições e Ambiente de trabalho” – englobava os núcleos argumentativos que se referiram ao processo de trabalho, espaço físico e tempo para atendimento.

A terceira categoria – “Manejo” – agrupou referências ao estigma no atendimento à pessoa com comportamento suicida, acolhimento, julgamentos e encaminhamentos (condutas adotadas).

A quarta categoria – “Formação Médica” - reuniu argumentos referentes à formação médica e o tema do comportamento suicida.

Por último, apareceram nas entrevistas dos preceptores a percepção do aumento progressivo do número de casos e da grande demanda desses pacientes nos serviços de Urgência e Emergência.

A análise dos dados usou o referencial da Hermenêutica de Paul Ricoeur (2013) que leva em consideração a relevância das relações entre a narração e o tempo vivido; entre a consciência da experiência e a experiência em si: “toda história é narrativa” e por isso, não podemos dissociar o fato do contexto do narrador, sua biografia, seu tempo político (D’ASSUNÇÃO BARROS, 2012; RICOEUR 2013).

Figura 4 – Resultados em núcleos argumentativos e em categorias.

Fonte: Autoria própria.

4 O REFERENCIAL TEÓRICO

Um estágio de internato em emergência para a realização da pesquisa permite também acessar as reflexões que nascem da interação entre teoria e prática. Da análise dessa dialética é possível surgir um sujeito crítico. Narrar – traduzir a experiência em palavras – produz reflexão e dá sentido para a experiência. O saber da experiência é profundo, nasce da relação entre conhecimento e a vida. A experiência não se refere ao *que* acontece, mas ao *que acontece no sujeito*. O acontecimento é comum, mas a experiência é particular (BONDÍA, 2002).

À pesquisa, interessa a experiência de atendimento pelo ângulo dos participantes, isto é, os significados que eles atribuem a essa experiência, e por isso, uma entrevista aberta pareceu ser a maneira mais fácil de alcançar esses conteúdos, pois abre espaço para o sistema de referência do entrevistado (FLICK, 2008).

Uma experiência percebida ganha realidade no relato do sujeito e, este relato carrega processos cognitivos, psicológicos e de juízo expressos através da linguagem – o que se pretende investigar nessa pesquisa. Trata-se de escutar um sujeito individualmente contextualizado. (BICUDO, 2011).

No fluxo das vivências, o enlaçado nesse ato solicita outros atos cognitivos, articuladores e de comunicação a serem efetuados pela consciência, avançando como processo de constituição e de produção de conhecimento. Esses atos ocorrem na subjetividade do sujeito, na esfera da consciência, e podem se dar mais nas dimensões psicológica, cognitiva e espiritual. (BICUDO, 2011, p. 32)

Paul Ricoeur (2013), em seus escritos sobre a Hermenêutica, aponta questões teóricas importantes para a interpretação dos textos; no caso deste trabalho válido tanto para o texto transcrito a partir das entrevistas, quanto para texto escrito na dissertação. Levantam-se – a partir do referencial teórico - algumas perguntas: É possível acessar propriamente a experiência vivida por um sujeito? Toda? Quanto a *narração da experiência vivida* se aproxima da experiência?

A Hermenêutica se relaciona com as questões de linguagem por uma característica fundamental: a polissemia – esse traço das mesmas palavras terem sentidos diferentes a depender do contexto (tempo, mensagem, interlocutor). Por isso, o trabalho da interpretação passa, necessariamente, pela compreensão do contexto. Interpretar exige previamente contextualizar e, com esse objetivo, cabe aqui explorar quatro elementos da estrutura de uma narrativa que norteiam sua interpretação: *o tempo, o fato ou evento, o sujeito que narra e o discurso*. (D'ASSUNÇÃO BARROS, J.;2012)

Sobre o tempo, há que compreendê-lo aqui, em seus sentidos indissociáveis: o *lógico* (cronológico, externo, da natureza), o *tempo da experiência* (sentido do tempo interior, subjetivo), o *tempo da consciência*, e o *tempo político*. Nesse caso, por exemplo, trata-se de relatos sobre o atendimento a pacientes com comportamento suicida, no século XXI, ano de 2020, em alguma manhã de fevereiro ou março de 2020, feito por jovens estudantes do último ano de medicina e preceptores com experiência (10... 20 anos de formados), em um tempo de políticas em saúde que enfraqueceram grandemente a Atenção à Saúde Mental e quando o Brasil vive um caos na saúde em consequência da pandemia de COVID-19.

Sobre o fato ou o evento, Ricoeur aponta que ele “é tudo que produz narrativa”, isto é, ele é necessidade básica para que se crie uma narrativa. Neste trabalho, o evento ponto de partida é o atendimento a pacientes que chegam até serviços de Urgência e Emergência (UPAs 24h) com comportamento suicida, mas ele serve de gatilho para a construção de narrativas sobre outros fatos como: a relação médico-paciente, a relação entre profissionais, a relação entre profissionais e a rede de Atendimento, entre ensino e serviço, entre outros. (RICOEUR, P.; BERLINER, C.; 2011)

O sujeito que conta um evento/fato é, por sua vez, evolução indissociável de sua própria biografia: suas experiências de vida, a cultura em que cresceu inserido, seu vocabulário emocional e de palavras, sua visão e compreensão do mundo. Todo esse conjunto de elementos pré-narrativos está expresso no discurso. Quando, simplificada, um participante é reduzido à sua representação como E1, ou P3, está implícita neste símbolo toda a sua complexidade.

O discurso é produto da relação entre a experiência – enquanto fato, sensação – e a consciência dessa experiência no sujeito expressa em linguagem. Ele é o resultado de operações entre significantes e significados que acontecem em

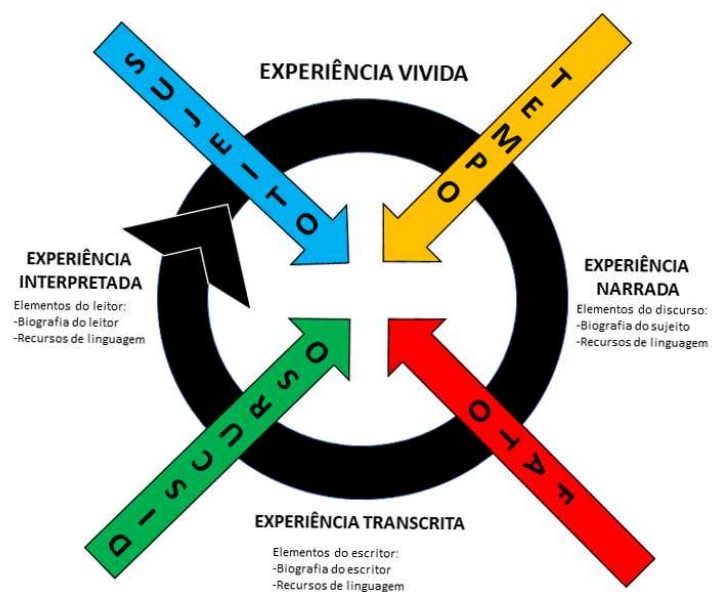
um universo individual dando sentido à experiência. Narrar é discorrer e entrelaçar significados: “a ação encontra sua carne no discurso”. (RICOEUR, 2019)

Feitas as considerações, tentemos responder às perguntas anteriores: o evento/fato se transforma quando o entrevistado narra uma experiência vivida durante uma entrevista. Suas intervenções estão tanto em suas atitudes e sentimentos no tempo (cronológico) do acontecimento, quanto nas palavras que ele escolhe para contar o fato no tempo (lógico) da consciência.

A transcrição das entrevistas busca se aproximar ao máximo da narrativa original, mas ao trabalhar sobre esses discursos transcritos, o autor também disserta construindo narrativa mesmo que com grande esforço para limitar-se à sua matéria prima. Ao segmentar, agrupar, categorizar... o autor interpreta o texto produzido a partir do discurso de um participante complexo, busca traçar relações entre esse texto e a experiência vivida lançando mão de seus próprios recursos de linguagem. Esse produto – que se utiliza da língua escrita e suas particularidades - é entregue pelo autor a outro leitor.

Fecha-se assim o *ciclo hermenêutico* onde o entrevistado recria uma realidade a partir da experiência (que guarda relação com o tempo, que se aproxima do viver da experiência, que carrega sua própria biografia e suas operações de linguagem); o pesquisador transcritor recria esta realidade no texto (considerando os equívocos inerentes ao processo de escuta, transcrição e organização das narrativas já que elas também guardam relação com o tempo, que também “se aproximam” da experiência narrada, que o texto carrega sua biografia e suas operações de linguagem) e entrega o texto ao leitor (que está em relação com o tempo, que também carrega sua própria biografia e suas operações de linguagem), que também recria uma realidade a partir do texto que lê e interpreta (figura 5).

Figura 5 - Esquema para o ciclo hermenêutico.



Fonte: Autoria própria.

Diante disso, respondendo às perguntas a partir desse referencial teórico, a compreensão de uma experiência a partir da interpretação será sempre parcial – não toda.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo seis entrevistados no total. Três eram estudantes do Curso de Medicina da Universidade Positivo, todas do sexo feminino, no internato de urgência e Emergência que, na instituição acontece dentro do Internado em Saúde Coletiva. No trimestre referente a este internado, os alunos passam por dois meses na Urgência e Emergência e um mês no Internato em saúde Mental. Os preceptores participantes, que também foram 3, eram dois do sexo feminino e um do sexo masculino, com especialidades médicas distintas (Cardiologia, Cirurgia Geral e Medicina de família) mas todos atuando em estágio de Urgência e Emergência, em Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) da cidade de Curitiba onde recebem os alunos 'internos' para estágio com carga horária de 30 horas semanais dividida entre os setores da unidade: consultórios, sala de observação e sala de emergência.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes.

	NÚMERO	DESIGNAÇÃO	GÊNERO	
			MASCULINO	FEMININO
ESTUDANTES	3	E (1,2,3)	0	3
PRECEPTORES	3	P (1,2,3)	1	2

Fonte: Autoria própria.

Os participantes estão apresentados como E1 (mulher, estudante de medicina do 6º ano), E2 (mulher, estudante de medicina do 6º ano), E3 (mulher, estudante de medicina do sexto ano), P1 (homem, preceptor do internado de Urgência e Emergência), P2 (mulher, preceptora do internado de Urgência e Emergência) e P3 (mulher, preceptora do internado de Urgência e Emergência).

Para cada participante, a fim de manter uma linha de compreensão da narrativa, os trechos que pertencem a um mesmo período da fala, estão isolados por colchetes. Esses trechos estão agrupados e separados por vírgula por apontarem todos para um mesmo tema.

5.2 Análise das narrativas

Os subcapítulos fazem referência às categorias atribuídas aos núcleos de argumentação.

5.2.1 Condições relacionadas ao ambiente de trabalho

Em resposta à pergunta *“O que você achou do atendimento que esse paciente recebeu?”* aparecem em vários momentos, tanto impressões gerais sobre o cuidado oferecido aos pacientes com comportamento suicida, quanto questões relacionadas às condições na UPA como o tempo disponível, o espaço físico, a disponibilidade de profissionais, a capacidade desses profissionais no cuidado desses pacientes.

Sobre o tempo disponível, é tema comum a muitos participantes que destacam tanto a demanda por parte do paciente; quanto a impossibilidade por parte de quem atende. Esta última, atribuída ao próprio ambiente da urgência.

E1: [“Ela precisava que alguém ficasse conversando com ela e eu percebi que eu não podia dar essa escuta... tinha outros pacientes.”]
 [“Eu consegui porque eu sou acadêmica. Se eu fosse a médica plantonista eu não ia conseguir ficar lá, sentada, conversando com ela.”]
 E2: [“No futuro, quando eu for fazer plantão eu não vou ter tempo também.”]
 E3: [“A minha dificuldade foi tentar não aprofundar tanto porque ali a gente tem um fluxo mais rápido e tem que ser uma coisa mais objetiva mesmo.”],
 P2: [“O problema é que o atendimento da UPA é muito rápido, a gente não tem tempo pra ouvir.”]

Destaca-se também uma reação negativa por parte dos outros profissionais, em relação àquele que se dispõe ou dispensa tempo para a escuta.

E1: [“Até ... brigou comigo porque eu perdi muito tempo conversando com a paciente”]
 P3: [“Tem coisa que a gente consegue mudar, mas se eu paro pra conversar todo mundo já pega no meu pé: ‘ah você é muito simpática’.”],

Sobre o espaço físico, as observações foram principalmente ligadas à falta de espaço ou lugar específico para o atendimento desse perfil de pacientes. A falta de privacidade e os impactos que isso tem foram referidos no ‘desconforto’ e na dificuldade de escutar. Aparece também a percepção que a UPA não é lugar desse

tipo de atendimento e que ela deveria estar ocupada com demandas médicas ‘do corpo’.

E1: [“No mesmo ambiente tem um paciente com agitação psicomotora, gritando o tempo inteiro (o que assusta as pessoas), tem alguém rebaixado porque colocaram um monte de medicação haldol, benzodiazepínico; e tem a pessoa da tentativa de suicídio que está frágil e num momento muito diferente.”], [“Enquanto ela não parava de chorar, tinha um cara gritando], [“UPA é um ambiente que a gente não consegue fazer essa escuta pelo próprio andamento do serviço. Tem outras coisas para serem feitas. Não dá muito tempo.”],

E2: [“os pacientes não têm privacidade... está me contando a vida, como tinha tentado suicídio e o do leito do lado ficava ali ouvindo, olhando pra pessoa”], [“Também tem todos os alunos e toda a equipe ali.”]

E3: [“Foi desconfortável para mim perguntar essas coisas pra ele no meio de várias pessoas passando, vários pacientes ali do lado”], [“Por todas essas condições a equipe fica um pouco estressada de ter um paciente desse pra atender.”],

P2: [“Faz falta não ter um lugar pra esse acolhimento, pra poder conversar. Tem um monte de gente que não fala o que tá sentindo ou por que fez, por que não quer que a família escute.”]

Sobre a equipe de trabalho foram levantados pontos relativos à sua composição pelo número reduzido de profissionais face à demanda/sobrecarga de serviço; à sua composição por perfis de afinidade, habilidades ou experiência com o atendimento a pacientes com comportamento suicida – muitas vezes referidos agrupados como ‘paciente da saúde mental’; e sua composição deficitária do ponto de vista multidisciplinar na falta de psicólogos, psiquiatras, assistente social, etc. Os relatos sugerem que, a atuação desses profissionais em suas áreas (o psicólogo escutando, a assistente social resolvendo os problemas sociais) reduziria a atuação do médico a: diagnosticar, medicar, encaminhar, etc.

E1: [“Eu senti falta de um psicólogo ali... Ele poderia fazer uma abordagem um pouco melhor pois tem mais noção, tem mais treinamento e lida de outra forma.”]

E3: [“uma equipe multidisciplinar atuando junto nesses casos ia fazer total diferença... pelo menos se eles não resolvem agora, conseguem criar um laço com a família e com as pessoas próximas.”],

P1: [“Eu vejo que os técnicos de enfermagem que conversam bastante com os pacientes, perguntam, eles têm um efeito mais transformador que a gente e atingem as vezes, coisas que a gente, médico, não conseguiu atingir.”]

P2: [“os médicos que trabalham em UPA, ou não tem essa habilidade pra tratar desses aspectos psiquiátricos, ou não gosta desse tipo de pacientes e acaba tratando com falta de sensibilidade, de empatia.”],

P3: [“Em um serviço que eu trabalho tem uma equipe de psicologia que é bem forte. Tem até residente que passa. Eu vejo que faz diferença.”]

O despreparo - no sentido da falta de treinamento específico, habilidade - aparece para justificar a necessidade de outros profissionais e própria forma como principalmente o profissional médico aborda esses pacientes.

E1: ["A gente sempre tenta resolver clinicamente com medicamento. Se tiver uma pessoa pra fazer isso você tira um pouco dessa carga pro médico."], ["Eu não sei se já é um perfil do médico de querer ser mais resolutivo de forma mais rápida."]

E3: ["Falta preparo meu e da equipe. Apesar de lidarem bastante com esses casos pareceu que, de forma geral, a equipe não consegue encarar esses pacientes da mesma forma que encarava os outros e então pareciam 'pacientes problema'."],

P1: ["Acho que melhoraria muito com atendimento multiprofissional conjunto. Ter um psicólogo e conversar junto, com o paciente, com o médico que tá no setor, pra gente tentar abordar com um tratamento mais eficiente."]

P2: ["Esse é um paciente que mentalmente ele tá mais frágil e doente e não é só psiquiatra que resolve. Ter o psicólogo numa upa ajuda na abordagem inicial desse paciente."]

Com respeito à percepção geral do cuidado oferecido chamam atenção alguns relatos que qualificam objetivamente o cuidado oferecido como deficiente, ruim ou péssimo, com descaso, desumano... Observa-se, também, uma dissociação do olhar clínico geral daquele voltado às condições mentais nesses atendimentos. Outra questão é a ideia de efetividade da intervenção clínica isolada para 'resolver o problema' como se faz em condições de emergência.

E2: ["me lembrou muito os pacientes do Bom Retiro... tão ali só... como se fosse um depósito pra eles..."]

E3: ["Eu achei que o atendimento não foi o melhor que ele poderia receber. Faltou abordagem humanizada."], ["foi desumano o jeito que ela foi tratada pela guarda porque viram ela como a vilã da história... tem seu sofrimento desvalorizado."],

P1: ["pensando assim na parte lavagem, carvão ativado, antídoto que tem pouco pra fazer, eu acho que até funciona bem, o atendimento clínico é bom... já a parte técnica psiquiátrica eu acho que fica devendo como um todo: a equipe, o ambiente que é meio inóspito"], ["Eu me sinto super bem quando chega um cara em Insuficiência Respiratória e intuba porque resolveu o problema"]

P3: ["Eu acho o cuidado oferecido péssimo. A equipe como um todo é péssimo. Geralmente o paciente fica naquela salinha, sozinho, contido, se tem família fica junto."],

5.2.1 Sentimentos envolvidos no atendimento no campo de estágio

Na experiência subjetiva desses atendimentos, surgem diversos sentimentos (afetos) nomeados pelos participantes como apresentados a seguir. Esses relatos apareceram principalmente em resposta à pergunta: Como foi para você o atendimento desse paciente? Eles nem sempre aparecem nomeados e, são descritos pelos entrevistados às vezes pela percepção de si – referidos em primeira pessoa, às vezes no atendimento de forma geral. As narrativas enumeram as vezes sentimentos/emoções de forma objetiva (medo, raiva, tristeza, angústia, empatia, pena, etc.); as vezes termos técnicos complexos que se referem a um sentimento ou conjunto de sentimentos (transferência, contratransferência, dessensibilização, identificação, percepção de certa resistência ou desgosto da equipe), mas que não foram aprofundados na entrevista.

E1: ["Eu tive um pouco de contratransferência com ela porque estou em um momento parecido em que não consigo trabalhar ou ir embora de casa"],

E2: ["Como tudo na medicina! A gente vê a primeira vez fica chocado, vê a segunda vez fica chocado, vê 5 vezes, 6 vezes e 'ah é normal, acontece'. A gente acaba criando meio que uma resistência."],

E3: ["Eu tentei fazer um discurso que para mim é natural, que não pareça que eu estou com medo. Mas eu estou... só para no final das contas não transparecer."]

P1: ["Para mim a equipe não gosta de atender pacientes psiquiátricos em geral, mas principalmente as tentativas de suicídio"], ["Sendo sincero, não é das coisas que eu mais gosto de atender."], ["Impotência é o sentimento que melhor define. Eu falei compaixão, mas é impotência."], ["Às vezes a gente nem vê onde que começa a transferência... onde que acaba a empatia e começa a se identificar com o paciente."],

P2: ["Os alunos ficam muito abalados, eu percebo, vejo um sentimento de medo, um olhar de medo diante do fato."]

P3: ["Dá uma contratransferência muito ruim: Que saco!"]

As buscas por justificativas e motivações são outra característica comum observada nas experiências através dos relatos - uma tentativa de relacionar com o comportamento suicida, questões de ordem pessoal, social e financeira (problemas familiares, relações amorosas, desajuste familiar, etc.); de inabilidade ou fraqueza para enfrentar os problemas; de falta de fé, etc. - na tentativa de definir uma causa/justificativa. Esses argumentos na direção de *causalidade* ou *justificativa* nem sempre aparecem claramente associados a esta ideia e tendem a ser usados para validar/qualificar a tentativa.

E1: ["A paciente tinha vários problemas familiares, desemprego, se dava mal com os pais, o namorado não a queria ela morando com ele, não tinha dinheiro pra se mudar. Então ela pensou em se matar."]

E2: ["Ela estava deprimida, mas não conversava sobre motivações. Dizia que não estava feliz, que não queria mais viver."], ["o irmão dela - que é muito deprimido – tinha passado um tempo na casa dela, ela não gostava e preferiu se matar."], ["Ele aproveitou que estava sozinho e ateou fogo no apartamento com o intuito de se matar. Mas ele foi atendido a tempo, não teve nenhuma lesão, não se agrediu realmente, foi só um surto."]

Quando não se identifica um fator externo relacionado à motivação, acontece uma associação/atribuição com uma condição psiquiátrica de base.

E3: ["foi uma experiência de evitar o julgamento. Mesmo pacientes que tem uma família bem estruturada, que parecem não ter tantos fatores, podem chegar a esse ponto de cometer suicídio."], ["Para evitar o julgamento eu olho e penso - ele tem uma doença psiquiátrica... ou ele está com depressão".]

Aparece a percepção de que o comportamento suicida aponta para algo mais complexo, com múltiplos fatores associados e que não pode ser compreendido no raso de uma anamnese médica. A gravidade do quadro clínico ou da violência do método utilizado aparece como forma de medir o sofrimento psíquico ou de validar a intenção. Quando a história apresenta fatores – individuais ou sociais - que o profissional julga suficientes, parece ficar justificado o comportamento suicida com se observa na última citação:

P2: ["O aluno não tinha a percepção que a tentativa é um indício de que as vezes a mente, a alma não vai muito bem. A pessoa está na segunda, terceira, quarta tentativa e não conseguimos abordar essa vida ainda... que drama familiar que não é ouvido."]

P3: ["mas o problema é muito grande, a raiz é muito funda pra gente tentar achar um pontinho assim."]

E1: ["A paciente pegou Passalix, que é passiflora, tomou uma cartela inteira achando que ia morrer e passiflora não faz nem cocegas ne."]

P1: ["A gente sempre escuta falar: "ah queria se matar e nem sabe como se matar."], ["que bom que os pacientes não sabem como se matar, que não conhecem as melhores maneiras."],

P3: ["Eu observo que na UPA o que a gente mais recebe são tentativas não muito reais, mais 'fake'"],

P3: ["Se você parar pra ouvir a história toda da pessoa tem dias que você quase pega KCl e dá: 'vai lá, que merda de vida'."],

Ainda na direção de validar o relato do paciente, observa-se que podem ser negligenciadas suas vontades ou informações relevantes como no trecho a seguir:

E2: ["A paciente odiava o irmão e inclusive descompensou quando ele chegou... mas nós conversamos com ele e ele parecia ser uma pessoa legal. não entendi"]

Uma surpresa do profissional ao identificar que a autonegligência também pode estar associada ao comportamento suicida está expressa aqui:

P1: ["Me surpreendeu que uma paciente diabética tipo 1, de 27anos, que ficou duas semanas sem tomar insulina, entrou em cetoacidose e eu fui perguntar por que ela parou de tomar: ' eu queria morrer'."]

5.2.2 Manejo clínico do comportamento suicida no campo de estágio

Esta seção reúne os relatos que apontam para como os participantes narram o manejo desses pacientes. Desde a abordagem inicial, acolhimento, os elementos da história clínica e do exame físico tomados em conta nas condutas, os julgamentos feitos a partir destas informações e os encaminhamentos propostos. A palavra 'acolhimento' foi utilizada por apenas um entrevistado.

E1: ["A polícia foi até lá, arrombou o quarto da menina. Foi a patrulha de choque arrombar o quarto. Ela disse que foi jogada no chão pelos policiais, presa e depois levada pra UPA. Eu achei muito agressivo com uma menina que estava tentando suicídio."], ["A minha mãe tentou se machucar com uma faca. Nós impedimos e ligamos para o SAMU e eles informaram que só iriam junto com a polícia. Eu fiquei chocada."]

E3: ["A gente chega ali, do nada, começa a fazer perguntas... é muito difícil atender sem parecer que está julgando, perguntar sem parecer que está julgando."]

P1: ["O pessoal gosta de fazer a lavagem terapêutica educativa, mas é um negócio que eu acho meio duvidoso. Não precisa fazer, mas vão fazer porque a pessoa vai pensar duas vezes antes de fazer de novo... a gente vê bastante nas UPAs."]

P3: ["As vezes técnicos e enfermeiros que já passaram por isso tem um pouco mais de cuidado, de carinho, de empatia. Senão, é 'fique quieta'... 'por que não pensou nisso antes de fazer' 'arrancou a sonda tem que passar a sonda de novo'."]

Aparece em um relato, um modelo de abordagem em que o médico acolhe o paciente e a família, orienta, etc.

P3: ["Eu abordo e explico: 'olha, é tão grave como quanto um câncer, quanto um infarto, só que nenhum exame mostra'. Eu friso muito com a família e com o paciente. Eu tento fazer essa acolhida."], ["Não é só 'dói

aqui, dói ali, não sei que'... dar um carinho mesmo 'oi querido que aconteceu', 'calma você tá bem a gente já tá vendo'. Eu acho que esse acolhimento como um todo faz o resultado final ser melhor.”]

Sobre a apresentação do caso e as primeiras impressões, aparecem muitas referências ao lugar secundário dado à escuta por questões variadas: falta de espaço e privacidade; preconceitos quanto a ‘capacidade’ de se comunicar do ‘paciente psiquiátrico’; e até a impossibilidade de comunicação por desconhecimento da língua. Estas dificuldades são justificativas para uma ‘abordagem mais objetiva.’ Ainda assim, sem uma escuta efetiva, há uma compreensão precipitada de toda a complexidade da situação e do próprio paciente. Várias decisões são tomadas a partir dessa compreensão ainda que limitada.

E1: [“Tinha um paciente haitiano que não parava de gritar e a gente não conseguia conter com nenhuma medicação. A contenção química dele não estava funcionando. E ele não sabia falar a nossa língua.”],

E2: [“Muitos pacientes psiquiátricos moram na rua e muitos moradores de rua na verdade são pacientes psiquiátricos. Quando ele sofre um acidente, cai, machuca, se corta, briga, levam e eles não conseguem se comunicar. As vezes não dá pra entender nada. É bem complicado e bem comum.”]

P2: [“por sermos mais cartesianos e objetivos, então a gente passa a sonda, faz droga, faz isso, faz aquilo, mas não aborda muito o porquê ou como é que tá a alma dessa pessoa.”]

P3: [“Eu percebo uma cultura muito feia na equipe, que é aquela lavagem gástrica educacional... “pra aprender a não fazer mais”].

Surge um relato de abordagem diferente e a estratégia adotada é partir de uma pergunta mais aberta que busca compreender a situação a partir da perspectiva do paciente:

P3: [“Eu pergunto 'o que você achou que o remédio ia fazer no seu corpo?’]

O mesmo profissional aponta que a abordagem pode ser equalizada de acordo com a gravidade da apresentação e a necessidade de cada caso:

P3: [“Eu recebo bastante tentativa grave e mesmo se o paciente tá lucido, a gente nem aborda a porque fez, quem fez. A gente: 'ah vamos abrir o pulmão tem que fazer uma cirurgia'.”]

Outra observação importante sobre o manejo é que, o desenvolvimento pessoal do profissional de saúde impactou na percepção do sujeito-paciente, de seu contexto e se desdobra na prática assistencial deste profissional:

P3: ["Com o comportamento suicida eu fui melhorando e acho que o que está por trás dessa mudança é amadurecimento como pessoa e como profissional... entender que não dá pra comparar nossa história e que cada um tem a sua. É algo que já entrou em mim."], ["sobre a sonda nasogástrica, com o tempo você vai vendo que se não tem necessidade não faça! E hoje, mesmo quando tem indicação e vamos ter que lavar terminou de passar o carvão tira aquilo pra não ficar judiando."],

Sobre os encaminhamentos dados aos casos, a narrativa dos participantes aponta principalmente para o acionamento/encaminhamento do paciente ao CAPS ou a um Hospital Psiquiátrico. Em alguns casos a gravidade e a recorrência apontam a necessidade de avaliação especializada. Porém, observadas as referências ao cuidado oferecido no CAPS, em grande parte dos casos, o encaminhamento visa dar ao especialista a decisão sobre a alta do paciente. Mesmo se utilizando do termo médico generalista, ele aparece limitando o campo de atuação desse profissional.

E1: ["A paciente se negava a ir pro CAPS... ela já tinha acompanhado lá e as medicações estavam tudo errado, não estavam em dose efetiva."]

E2: ["Tem pouco hospital psiquiátrico e não tem vaga pra todo mundo"], ["Demos alta, mas não era o certo. O certo é que ela tivesse sido internada, ela teve duas tentativas em 25 dias."], ["Ela foi pra casa. Ajustamos a medicação e marcamos com o Psiquiatra pela UBS."]

E3: ["No CAPS os outros problemas são atendidos pela equipe da assistente social. É a assistente social que vai lá e resolve essas coisas."]

P2: ["Eu tento que os alunos tenham o entendimento que é preciso respeitar o tempo das coisas, encaminhar ao psiquiatra pois nós não somos psiquiatras para liberar o paciente"], ["tem uma rede de atendimento em saúde mental que deve ser respeitada"], ["eles vão se formar médicos generalistas... aqui estamos no papel do generalista."], ["Liberar é perigoso porque clinicamente é um paciente que você olha e está bem."]

Aparece um relato em que o médico preceptor compreende o papel do médico emergencista na cadeia de atendimento à pessoa com comportamento suicida buscando classificar e dar os encaminhamentos necessários ao paciente colocando o especialista no lugar secundário ou para casos específicos.

P3: ["Eu consigo botar igual nossos scores... Faço a classificação e anoto na avaliação: Alto risco, tantos pontos no IRIS. Principalmente quando é leito integral né, por que 'ah manda pro CAPS' e você diz que não dá pra ir pro CAPS."], ["Eu vejo que a UEP está ajudando muito porque os pacientes que ficavam uma semana, 10 dias na UPA com a gente eles tem ido mais precoce pra UEP e lá eles têm uma estrutura de psiquiatria já com psicólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra mesmo, outras medicações mais efetivas."]

Ainda sobre os atendimentos, observam-se duas questões relevantes relacionadas ao ‘tamanho do problema’ em saúde pública: o aumento dos casos ao longo do tempo observado pelos preceptores - com mais experiência; e a alta frequência de casos em um recorte de tempo - dias do estágio - por parte dos estudantes (pacientes todos os dias, mais de um caso no mesmo dia, etc.). A idade mais jovem ou muito avançada dos pacientes também é observada e relatada:

E1: [“No estágio nos falaram que 10% dos atendimentos da UPA são psiquiátricos e eu percebi mesmo que todo dia tinha caso... em uma semana tentativas eu vi umas 5 e agitação eu vi umas 10-15”]

E2: [“na UPA que eu vi que a Psiquiatria era muito importante. Eu acabei vendo 3 pacientes numa semana. Foi um intensivo.”]

P1: [“Na minha observação tem aumentado nesses 10 anos. A idade é a mais variável possível, já vi jovem de 13, 14 anos ... já peguei idosos.”]

Aparece relatada de forma positiva a evolução/organização da rede nos últimos anos, mas ainda há sobrecarga do sistema e ‘falta de leitos’ incluindo os CAPS na percepção dos participantes. A evolução da rede também não é uniforme quando comparada entre cidades da região metropolitana de Curitiba ou comparada com outros agravos como câncer, insuficiência renal, etc.

P2: [“Eu observo que Curitiba está bem organizada pra encaminhar pro CAPS... mas trabalho em outra UPAs de região metropolitana é um problema de saúde pública muito grande.”]

P3: [“Eu não sei o quanto a rede inteira está sobrecarregada, ou se é pouca avaliação, o quanto é muitas pessoas precisando do sistema, o quanto o sistema é pequeno mesmo... ou o quanto é pouca avaliação.”], [“Vendo todo o resto do sistema, hemodiálise, câncer, maternidade, pré-natal, na parte de saúde mental, o negócio é muito menos, é muito falho.”]

A ideia de ‘problema’ associada ao comportamento suicida e ao próprio paciente aparece de forma recorrente nos resultados referido também como se estivesse relacionado a um ‘problema maior’, difícil de ser abordado ou resolvido por certa incapacidade (inabilidade) do profissional ou do serviço. Esta percepção somada com a de um paciente que simula, mente, agride, etc. parece sustentar uma outra ideia maior: a de ‘paciente problema’:

E2: [“Eu acho que os pacientes psiquiátricos ainda são vistos como problema em todos os lugares que eles vão.”]

E3: [“Posso estar errada pois fiquei pouco ali, mas parecia que era ‘vamos levar o problema para outro lugar’, ‘tirar o problema daqui’.”], [“Falta preparo

meu e da equipe. Apesar de lidarem bastante com esses casos pareceu que, de forma geral, a equipe não consegue encarar esses pacientes da mesma forma que encarava os outros e então pareciam ‘pacientes problema’.”],

P1: [“Eu me sinto super bem quando chega um cara em Insuficiência Respiratória e intuba porque resolveu o problema.”], [“Numa intoxicação você está na pontinha do iceberg do problema.”]

5.2.3 A formação médica no contexto do cuidado às pessoas com comportamento suicida

Nesta parte, são apresentados trechos dos relatos dos preceptores que, embora sob diferentes perspectivas, apontam para visão da experiência de atendimento à pessoa com comportamento suicida no processo formativo do estudante de medicina. Observa-se que o ambiente de aprendizado em serviço é também um ambiente de incorporação de modelos ou hábitos/vícios de atendimento e que isso pode ser positivo ou negativo a depender do que os estudantes experienciam.

P1: [O problema em relação aos alunos é que eles são uma esponja e então pegam todas as coisas boas e pegam coisas ruins também. Como no estágio a gente tá inserido num papel de ‘visitante’ na UPA, acaba dominando o que o pessoal da upa gosta de fazer e é uma chance deles terem um aprendizado ruim, de pegar essa parte, o vício, a antipatia do paciente psiquiátrico. Mesmo porque não é uma coisa tão legal de tratar né.”]

O ‘modelo cartesiano’, talvez em referência ao modelo biomédico de formação, foi citado pelos próprios preceptores e colocado como antagônico ao ‘humanista’. Ele é apontado nas razões do modelo e das suas atitudes frente ao comportamento suicida e pode ser observado em relatos como ‘jogar os próprios sentimentos na caixinha do nunca’... o foco nas questões clínicas ou parâmetros objetivos... no déficit de habilidades para abordar o sofrimento e a complexidade desse paciente... e na manutenção da ideia de trata-se de um ‘paciente diferente’ que engana ou simula:

P1: [“Eu lido com os meus sentimentos no atendimento desses pacientes jogando na caixinha do nunca”]

P2: [“Nossa formação é um pouco cartesiana e por mais que seja humanista não se ensina a técnica de como abordar isso então os alunos têm dificuldade.”], [“Na clínica, melhorou a frequência respiratória, melhorou a PA, não teve mais febre - está bem”]. Tem sido um aprendizado para eles

ver que nas doenças mentais não é bem assim, pois as vezes o paciente simula, pode querer enganar. A abordagem clínica tem nos livros, é muito mais fácil. Já as outras coisas que não têm abordagem eu percebo que são mais difíceis.”]

P3: [“‘ah esse paciente tem condições de ir para um CAPS?’ Como funciona um Caps? É dia? Tem família pra ele dormir a noite em casa? Então eu os faço pensarem no contexto social do paciente, que não é só dar diagnóstico e encaminhar.”], [Os alunos vem apavorados com a história, com a abordagem... aí a gente faz a avaliação do IRIS”],

Neste trecho o preceptor aponta como explorar a complexidade do comportamento suicida - através da identificação do contexto individual e social relacionado como: desemprego, comorbidade psiquiátricas (uso/abuso de substâncias) - pode ser usada para sensibilizar o estudante para uma abordagem de acolhimento. Observa também sua mudança de postura com a preceptoria.

P3: [“contar uma história: perdeu o emprego, a mulher deixou, perdeu a mãe, começou a beber e se jogou do viaduto. E falo: 'e aí então você chega no hospital e é tratado assim, assim, assim'. Ajudou? Não. Só vai piorar, vai só deixar a pessoa mais pra baixo ainda... e é isso que a gente vê todos os dias nas nossas emergências.”],

P3: [“Tenho mudado isso pelos alunos, mudou muito minha relação com paciente da saúde mental na hora que eu comecei a ter os alunos juntos. Eu não podia falar pro aluno 'passa a sonda no nariz que ele vai aprender vai ficar com medo da sondagem' e eu tive que começar a me policiar muito mais.”]

6 DISCUSSÃO

6.1 A influência do ambiente do campo de estágio

A falta de serviços especializados em saúde mental disponíveis 24h, além do fato de que muitos desses pacientes podem estar em risco de morrer a depender do meio utilizado além da necessidade de cuidados de ferimentos ou tratamento de sintomas torna natural que os serviços de emergência sejam as portas principais de atendimento à pessoa com comportamento suicida.

Questões básicas relacionadas à estrutura e ao ambiente como tempo, espaço, privacidade, equipe disponível e uma equipe capacitada foram enumeradas pelos participantes e estão em concordância com outros estudos. MACKAY; BARROWCLOUGH, 2005; WANG *et al.*, 2016). Além disso, podem ser facilmente entendidas no Brasil em face da pressão do sistema de Urgência e Emergência como um dos principais acessos ao sistema de saúde num contexto temporal e político de prioridade daquele e enfraquecimento progressivo da atenção primária.

Entretanto, apontamentos quanto a estrutura, surgem principalmente numa tentativa de justificar as atitudes e condutas envolvidas no cuidado oferecido como não ouvir: *“Ela precisava que alguém ficasse conversando e eu não podia dar essa escuta... tinha outros pacientes precisando de outras coisas... ali na UPA é um ambiente que a gente não consegue fazer ... Tem outras coisas para serem feitas. Não dá tempo.”*, não garantir autonomia: *“fique quieta... ‘por se arrancar tem que passar a sonda de novo”*, não garantir privacidade: *“os pacientes não têm privacidade. Tem várias pessoas do lado... ela está me contando a vida, como ela tinha tentado suicídio, e o do leito do lado ficava ali ouvindo, olhando pra pessoa ... também porque tem todos os alunos e toda a equipe ali.”*

No Brasil, o modelo de atenção à saúde mental, antes centrado em internações em hospitais psiquiátricos, evoluiu para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde, visando ampliar o acesso à atenção psicossocial e articular os serviços. A RAPS tem na sua composição a Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação (BRASIL, 2019a).

Apesar dos participantes citarem o CAPS e a UBS, a RAPS não é compreendida a partir de sua estrutura ampla com ponto central na APS. Ao contrário, esta última aparece apenas como mais um destino possível de encaminhamento do paciente. Seu lugar - físico e simbólico – fundamental de grande articuladora da rede não é mencionado.

A prática da medicina, sugere que a vida e sua preservação estão acima de tudo e uma das razões conscientes na decisão de ser médico é, também, esta função da medicina de enfrentar/evitar a morte e aliviar o sofrimento.

A despeito de toda a casuística mostrar a frequência com que esses pacientes procuram o serviço de emergência clínica geral, os profissionais destes serviços insistem em acreditar que esse não é o ‘lugar de acolhimento’ e escuta desses pacientes como pudemos observar. Mas qualquer olhar abrangente sobre a linha do cuidado do comportamento suicida deve incluir os serviços de emergência. Garantir acesso e acolhimento é condição fundamental para atenção e prevenção do comportamento suicida.

O departamento de emergência incorporou um estigma social de existir para atendimento rápido, com tecnologias sofisticadas e com protocolos e resultados claros e a pessoa com comportamento suicida demanda tempo e paciência comprometendo o tempo disponível às outras condições clínicas (CLARKE, 2014). Profissionais de emergência, imersos em uma construção cultural de “evitar a morte”, se veem como “guardiões da vida” e tendem a fazer uma distinção entre necessidades legítimas e ilegítimas de cuidados de saúde neste ambiente e não encaixam esses casos em suas listas pessoais de prioridades (REES; RAPPORT; SNOOKS, 2015).

Quando você vê a sala cheia de asma, meningite, etc. e você tem que atender uma adolescente que tomou um coquetel de medicamentos, elas não poderiam... com nossos recursos... receber os mesmos cuidados. (REES; RAPPORT; SNOOKS, 2015, p. 530-531. tradução nossa.).

A incapacidade técnica como falta de habilidades para acolher, entrevistar e atuar citada por muitos participantes, parece estar por trás da necessidade de ‘se livrar’ do paciente despejando-o para outro profissional ou serviço e é percebida tanto pelos estudantes nas atitudes do *staff* médico local, quanto reforçada na percepção dos médicos preceptores.

O cuidado de pacientes com o pensamento ou comportamento suicida nos departamentos de emergência é um grande desafio. Além da porta de entrada, esses pacientes ainda permanecem muito tempo na emergência aguardando avaliação especializada ou hospitalização o que aumenta a importância deste cenário de atendimento na linha de cuidado. A capacitação dos profissionais dos serviços de emergência tem grande impacto e as intervenções devem se fundamentar na empatia, na melhor evidência e em uma abordagem colaborativa: foco em ajudar os pacientes a reconhecer as crises (sinais de alarme) e interromper os pensamentos, manter acompanhamento, acionar contatos de emergência e dificultar o acesso aos meios (BETZ; BOUDREAUX, 2016).

Nos resultados do trabalho, profissionais como o Psicólogo e a Assistente social aparecem com as justificativas de os primeiros serem ‘mais capacitados para ouvir e triar’ e os últimos serem mais capacitados para ‘resolver os problemas’ ou ‘fazer vínculo com a família’. Não aparecem, com clareza e força, expressões como cuidado compartilhado ou atendimento multiprofissional em conjunto. Essa análise sugere uma visão de que cada profissional teria uma atuação circunscrita à sua área de atuação na cadeia do atendimento ou que não seria função do médico acolher, ouvir ou articular-se com a família. Novamente, a ideia de separar corpo e mente (*bio* e *psi*) do social e entregar as partes aos respectivos cuidadores. Ou além, reduzir o sujeito complexo ao ‘bio’ como ferramenta eficaz de mascarar as lacunas e as incapacidades do serviço. Em um modelo teórico, a UPA compõe a rede de Atenção à Saúde mental, mas esta ideia ainda não parece ter sido incorporada na percepção dos profissionais médicos que atuam nesses serviços. Negar o lugar da UPA nessa linha de cuidado também se evidencia nesta queixa recorrente de falta de capacitação, falta de profissional especializado.

O conceito de Medicina Centrada na Pessoa nasce justamente visando constituir uma ferramenta de articulação dos enfoques biomédico, social e psicológico. Ele é ampliado, multiprofissional e participativo incluindo ativamente o indivíduo e seu coletivo, construindo processos de saúde a partir das relações entre os serviços e a comunidade. A clínica ideal vai além das “generalidades” do sujeito e busca sua singularidade. Além disso, tem componentes potentes como o apoio matricial (forma de qualificação das equipes, de solução para a grande demanda mantendo um projeto terapêutico singular). A Equipe de Referência (conjunto de profissionais que se responsabilizam pelos mesmos usuários cotidianamente) que

compartilha a relação, as responsabilidades e a gestão o que traz mais equilíbrio dentro da equipe e em sua relação com o usuário. Mas nenhum desses conceitos aparece nas narrativas dos participantes (WHO, 2010).

O discurso de que o serviço de emergência – principal porta de entrada da pessoa com comportamento suicida - bem como o ‘médico generalista’/‘emergencista’ não estão qualificados para determinadas decisões nesses atendimentos apareceu em mais de um participante, mas se sustenta principalmente pela falta de confiança no paciente e em preocupações com a alta: “*é um atendimento mais complicado porque a pessoa que fez mal a si mesma ... não confio nesse paciente. Não tem como confiar e voltar pra casa tranquilo.*”, “*tento que os alunos tenham o entendimento que é preciso respeitar o tempo das coisas, encaminhar ao psiquiatra pois nós não somos psiquiatras para liberar o paciente.*” A articulação com a rede – reduzida ao acionamento do CAPS ou da APS - aparece principalmente visando livrar a UPA e os envolvidos da responsabilização com o cuidado, a vigilância e o seguimento.

Aparece no relato de um preceptor a observação da evolução/organização da rede nos últimos tempos, porém, é maior a observação da deficiência/ineficiência como um todo principalmente quando comparada a outros agravos como câncer ou insuficiência renal.

O campo da Atenção Psicossocial no Brasil vive uma crise nos tempos. Todo o caminho trilhado na direção de uma atenção à saúde mental descentralizada, territorial, comunitária, que garantisse autonomia, inserção social, etc. começa a ser desfeito num “processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica”. De acordo com Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), é possível enunciar que esta crise se estende, além da Saúde Mental, ao enfraquecimento da Atenção Primária como um todo. Como, neste tempo político, garantir acesso - esse conceito complexo, mas que faz menção ao “grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidado em saúde”? O acesso como *ajuste cliente X sistema, no tempo!* e que diz respeito à disponibilidade, acessibilidade, capacidade, acolhimento; ele é uma *dimensão do desempenho* dos serviços de saúde. Em termos reais, o acesso é bem maior que a *quantidade dos serviços oferecidos* e guarda relações com fatores sócio-organizacionais, geográficos, econômicos, psicológicos e, por conseguinte, é determinante da Integralidade, da Universalidade e da Equidade.

6.2 Os sentimentos envolvidos no atendimento no campo de estágio

Nos serviços de emergência, o paciente de tentativa de suicídio é muito impopular entre os profissionais médicos e até mesmo os profissionais mais calmos podem se tornar irritados e agressivos diante deles (PATEL, 1975; CLARKE *et al.*, 2013). Sentimentos como irritação, pena, medo, raiva, desconfiança, sensação de ser manipulado, compaixão, impotência, desesperança, incapacidade, transferência, contratransferência apareceram fortemente nos resultados e reforçam os achados da pesquisa bibliografia prévia.

Impotência, ineficiência e frustração diante da incapacidade de atuar de forma resolutiva nesses casos estão presentes nos resultados e podem relacionar-se com a imagem onipotente que este profissional tenha de si e do serviço de emergência. Mesmo diante de uma condição complexa dita ‘como a ponta de um iceberg’ ou ‘um problema muito maior’ o profissional imagina ter que dar conta sem se articular com outros profissionais ou com a rede. Quando o profissional identifica que a vida da pessoa difícil, sem perspectiva, fica mais evidente que são muitas as esferas relacionadas ao nosso bem-estar - certa segurança financeira, ter emprego e satisfação com trabalho, relações sociais, relações afetivas, ter onde morar, o modo como você é visto socialmente, se vivencia preconceito ou sofre agressões cotidianas, etc. – portanto, a frustração ou sentimento de incapacidade de ajudar.

Outra possibilidade é que tais sentimentos de frustração ou impotência estejam motivados pela identificação de lacunas reais na capacidade de lidar com esses casos. Comumente os profissionais sentem-se despreparados para o manejo desses pacientes e expressam a necessidade de capacitação adicional conforme manifestado pelos participantes. Esse despreparo parece estar relacionado com seus sentimentos e atitudes negativas, de acordo com Vedana e Zanetti (2019), e o treinamento tem potencial de impactar as atitudes desses profissionais positivamente. Revisões mostram que capacitações, políticas públicas e elaboração de protocolos aumentam o conhecimento e a confiança dos profissionais e o cuidado desses pacientes (REES; RAPPORT; SNOOKS, 2015).

Pacientes saudáveis avaliam melhor seus médicos e estes, além de preferirem os pacientes saudáveis, atribuem o estigma de “paciente problema” aos pacientes que desafiam seu controle, suas limitações de habilidades ou fazem seu trabalho parecer ineficaz (HILL, 2010). O ‘paciente difícil’ parece ser aquele que não

valida o profissional médico como efetivo, hábil ou capaz. O sentimento de frustração ou impotência pode estar relacionado com a atitude de evitação dos profissionais para com os pacientes, ou de até mesmo no desejo de segmentar o cuidado transferindo-o a outro profissional ou especialista. A frequência dos casos, a recorrência de mesmos pacientes tem efeito negativo na percepção desses profissionais resultando em menos esperança e menos investimento no cuidado.

O tema da identificação – e do medo da identificação - com a pessoa com comportamento suicida é de grande relevância e aparece em diversos relatos. Expressões como *transferência*, *contratransferência*, *medo de aprofundar a entrevista*, *criar conexão profunda com o paciente*, *fazer parecer natural para mim*, aparecem em comum às narrativas. Dados apontam para a prevalência de transtornos mentais incluindo o comportamento suicida entre médicos superiores à população geral (PEREIRA, 2020; DELLA SANTA; CANTILINO, 2016). Além disso, em mulheres o risco relativo é ainda maior (HAWTON; MALMBERG; SIMKIN, 2004).

Estudantes de medicina também podem estar identificados com alguma pessoa com comportamento suicida. As taxas de suicídio entre estudantes de medicina também são altas. Entre 9,8-41% das taxas de suicídio para mesma faixa etária na população geral, segundo Kosik *et al.* (2017). Começa a subir já na preparação para entrar no curso de medicina, aumentando com o avanço do nível acadêmico alcançando níveis 3 a 5 vezes superiores aos números relativos à população geral e maior também que em outros grupos acadêmicos (PEREIRA, 2020). Dados apontam, como na população geral, uma associação de múltiplos fatores: traços de personalidade, condições prévias de morbidade psiquiátrica (depressão / abuso de substâncias / *burnout* / ansiedade); além de questões adaptativas como insatisfação com a vida, baixa autoestima e o currículo pesado (KOSIK *et al.*, 2017).

Freud, discutindo o suicídio entre estudantes, sugeriu que alguns alunos podem reviver traumas durante seu processo de formação apresentando mais dificuldades e, que caberia à escola, oferecer-lhes espaço de expressão a fim de “desperta-lhes o desejo de viver” dando apoio e amparo numa época em que a vida lhe compele a afrouxar os vínculos com a casa dos pais e com a família. A escola não pode esquecer ou negligenciar as particularidades dos indivíduos (FREUD, 1910). Algum grau de estresse é normal na formação médica e apesar de poder ser motivador para alguns, para outros provoca sensação de medo, incompetência,

ansiedade, inutilidade, raiva e culpa podendo impactar em adoecimento físico e psicológico (DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2005). Os mesmos autores apontam que estratégias positivas de reação como: enfrentar os problemas e dificuldades, ressignificar, buscar apoio... são muito mais eficazes que fugir, isolar-se ou autocriticar-se. Entretanto, tudo isso implica em não silenciar as dores e o desejo deste estudante e sim garantir espaço de fala com respeito à sua subjetividade. Ainda há uma falha na resposta das instituições de ensino médico frente ao problema.

Quando convidados a falar sobre o atendimento à pessoa com comportamento suicida, profissionais de saúde associam o tema a expressões como sofrimento mental, desespero, fim, saída, liberdade, ganho secundário, chamar atenção... e suas atitudes e percepções sobre o tema parecem guardar relação com gênero, idade, leitura previa sobre suicídio e experiências pessoais por parte desses profissionais (HADFIELD, *et al.*, 2009; VEDANA; ZANETTI, 2019). Isto sugere um pré-conceito - ideia previa extrapolada/generalizada - para com a pessoa com comportamento suicida. Essa tendência à legitimação, se baseia quase que exclusivamente na severidade dos atos, na complexidade dos planos e na gravidade das lesões. Essa ideia de validar/invalidar está presente tanto na surpresa com a autonegligência da paciente com diabetes tipo 1 que abandona o tratamento; quanto na ausência de risco da ingestão de Passiflora: *“mata-se tanto recusando-se a comer quanto como destruindo-se a ferro e fogo”* (DURKHEIM, 2000). Apesar das evidentes relações entre autoagressões e suicídio, quando um profissional invalida a gravidade da situação em si, corre o risco de fazer o paciente perder uma oportunidade de acesso e seguimento no serviço de saúde (WEE *et al.*, 2018).

A validação definitiva da intenção do paciente – julgada tão relevante e tão simples na perspectiva dos profissionais - é tarefa difícil e ambivalente para os próprios pacientes que apresentam comportamento suicida (SAUNDERS *et al.*, 2012). Muitos deles, quando questionados diretamente, não sabem responder, ou têm respostas ‘confusas’ se o plano objetivo era morrer, ou até mesmo mudaram de pensamento depois que o processo havia sido iniciado. Na busca de sentido para o ato praticado, muitos profissionais extrapolam dados relacionadas à gravidade da apresentação, da violência do meio utilizado, para validar ou quantificar o sofrimento psíquico do paciente. Esse modelo acaba por sustentar um estigma - uma ideia de que a motivação está fatos objetivos e que, por isso, o paciente deveria ser capaz de

controlar-se (MACKAY; BARROWCLOUGH, 2005). Além disso para ter noção da gravidade é preciso aprofundar a compreensão do contexto, acessar a perspectiva da pessoa que fez a tentativa – exige escuta, vínculo, confiança, empatia.

6.3 Manejo clínico do paciente com comportamento suicida

Estigmas e produtos das experiências de vida impactam na qualidade do cuidado oferecido aos pacientes com comportamento suicida e, quanto maiores os afetos negativos, tanto maior a incapacidade de ajudar. Hadfield, *et al.*, (2009) pondera ainda que esses profissionais espelham as respostas sociais e da cultura relacionadas ao comportamento suicida: isolar, desempoderar, tirar a autonomia e o controle do indivíduo. A cultura em que um sujeito está inserido é base (campo universal de conhecimentos socialmente produzidos) a partir da qual emergem posições, percepções, julgamentos, crenças, mitos e ideologias universais dentro dos limites desta cultura (PIMENTEL, 2007).

Usuários e seus familiares relatam que o estigma está presente já na triagem onde não são levados a sério por não apresentarem um sintoma físico que aponte para alguma doença (CLARKE, 2014). Os serviços também sustentam o estigma de que esses pacientes são agressivos, apresentam comportamento bizarro e imprevisível (CLARKE et al., 2014). A prevenção das lesões autoprovocadas e do suicídio passam pela redução das atitudes negativas, capacitação dos profissionais e retirada dos obstáculos à busca de ajuda e à aderência ao tratamento (WEE et al., 2018); (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013); (KAPUR et al., 2013).

Mesmo utilizando e banalizando em seu dia a dia a expressão ‘chamar atenção’, quando diante desses pacientes, os profissionais nem sempre percebem que estão diante de um pedido de ajuda ou negligenciam esta informação ou outras que poderiam significar risco ao paciente e são importantes para compreender seu sofrimento. Por exemplo, quando uma paciente chora e se recusa veementemente a ficar na presença do irmão e o profissional médico diz que o irmão lhe ‘parecia ser uma ótima pessoa: *“a paciente odiava o irmão e inclusive descompensou quando ele chegou... mas nós conversamos com ele e ele parecia ser uma pessoa legal... não entendi.”*

Os profissionais da sala de emergência têm piores atitudes em relação ao paciente com comportamento suicida quando comparados aos da terapia intensiva

por exemplo e o fato de serem treinados para abordar questões somáticas, a pressão do ambiente e a falta de “feedback” quanto às próprias práticas são fatores associados a tais atitudes (SUOKAS; LÖNNQVIST, 1989).

A falta de confidencialidade, de tempo e a exposição são queixas recorrentes dos usuários atendidos com comportamento suicida (SARTORIUS, 2002). A falta de privacidade, de tempo e de espaço que garanta confidencialidade e escuta adequadas também foi evidenciada pelos profissionais e citadas como justificativa para impossibilidade de escutar: *“os pacientes não têm privacidade... está me contando a vida, como tinha tentado suicídio e o do leito do lado ficava ali ouvindo, olhando pra pessoa”, “UPA é um ambiente que a gente não consegue fazer essa escuta pelo próprio andamento do serviço. Tem outras coisas para serem feitas. Não dá tempo.”*

Mesmo com poucas e limitadas informações – dada a falta de tempo e privacidade para uma escuta efetiva – cabe a estes profissionais tomadas de decisão como alta, internamento integral, etc. Como exemplo do papel secundário dado à escuta para compreensão do sujeito e de seu sofrimento, chama atenção um relato - potencializado por questões ligadas a língua propriamente: diante da agitação física e dos gritos de um paciente haitiano que gritava e, mesmo sem entender o que ele gritava, se conclui que a ‘contenção química dele não estava funcionando’.

Crenças como a de que esses pacientes possam apresentar comportamentos bizarros imprevisíveis, possam agredir ou ridicularizar os profissionais também sustentam os medos e a irritação manifestando-se no ‘distanciamento’. Em outra perspectiva, Hadfield, *et al.* (2009) sugere que as atitudes dos profissionais, como manter distanciamento ou defesa, podem estar justificadas em se protegerem de atitudes negativas que poderiam ser disparadas ao longo do atendimento – ‘medo de perder a própria sanidade’. Profissionais com contato mais frequente aparentam mais neutralidade e piores atitudes diante dos casos (TAPOLA; WAHLSTRÖM; LAPPALAINEN, 2016; WANG *et al.*, 2016).

Gattaz (1999), citando Monahan (1992), diz que “a crença de que as doenças mentais estão associadas à violência é historicamente constante e culturalmente universal”. Entretanto estudos fora do Brasil não comprovam esta relação culturalmente estabelecida e apontam que a doença mental contribui muito pouco para a ocorrência de violência. O estigma de paciente perigoso; em quem “não se

pode confiar”, que simula e mente, ou que necessita de medidas violentas de antemão (contenção física/química ou presença policial exigida pelo SAMU), ‘arma’ preventivamente os profissionais e os serviços contra esses pacientes. Esta reatividade prévia dos profissionais - inseridos na mesma cultura do restante da população - pode elucidar as atitudes violentas perpetradas contra os pacientes.

Consideradas as observações iniciais das ‘razões de ser médico’ e tomando também as de senso comum sobre ajudar a quem está em sofrimento, surge aqui uma grande dificuldade de lidar ou abordar um outro visto como um ‘não-igual’, uma outra classe, uma ameaça.

Ações punitivas, mesmo sendo criticadas pelos preceptores participantes e contrariando diretrizes técnicas, foram observadas como a passagem da sonda nasogástrica visando ‘educar’ o paciente e, sob uma determinada perspectiva, uma tentativa de silenciar sua voz e sua autonomia: ‘e se arrancar passa de novo’. Relatos dos resultados como: ‘Não há acolhimento nenhum’ ou ‘o acolhimento é péssimo’ se referem justamente à abordagem inicial que, ao conter física e quimicamente, silencia o corpo e a voz dos pacientes. Não ser acolhido pode aumentar a desconfiança a respeito dos serviços e a desesperança apontando que as experiências pregressas têm grande significado em como as pessoas que praticam auto agressão vem o cuidado que recebem (HADFIELD, *et al.*, 2009).

A associação do suicídio com tabus ou uma moral específica existente na cultura como “missão” na terra e falta de fé é dado presente na literatura e nos resultados (CLARKE *et al.*, 2013; WEE, *et al.*, 2018). Chama atenção no relato de um participante sua abordagem a partir do referencial religioso que, além de ignorar os referenciais individuais do paciente, se justifica em tranquilizar a si mesmo: *“eu tento demonstrar essência de deus pra essa pessoa, os propósitos da vida que ela tem nesse mundo... então eu abordo isso daí e me tranquilizo.”*.

Nos resultados, aparecem relatos na direção da dessensibilização ou da irritação que o tempo e a recorrência dos casos podem provocar nos profissionais. Esse dado encontra validação na literatura que aponta que pacientes frequentes – chamados “cortadores” – observam piores atitudes dos profissionais e também são mais mal avaliados por eles (TAPOLA; WAHLSTRÖM; LAPPALAINEN, 2016).

Aparece um relato em direção oposta à da dessensibilização/neutralidade provocado pelo tempo e pela recorrência, onde o profissional se percebe melhorando com o tempo e atribui tal fato principalmente a seu crescimento *“como*

peessoa e como profissional”, em compreender as questões da subjetividade: “não dá para comparar histórias, cada um tem a sua”.

O déficit de conhecimento geral e técnico sobre o tema do comportamento suicida é grande e pode ser observado em vários momentos relacionados ao manejo: a) desde a abordagem inicial/acolhimento, quando se ignora a potência do vínculo em garantir o acesso e o cuidado que este paciente necessita (integral e longitudinal) muitas vezes quebrando o vínculo e a confiança destes usuários no sistema e nos profissionais; b) não acessar ou negligenciar informações do contexto social/familiar que possam ajudar a definir os encaminhamentos (alta, CAPS, internamento integral, etc.); c) nos planos terapêuticos sem sustentação técnica ou indicação como lavagem gástrica fora da ‘janela de tempo’ em que o risco compensa o benefício e d) no próprio estigma que parece estar por trás de algumas dessas condutas anteriores (violência, agressividade, incapacidade do paciente de se expressar ou entender) e que poderia ser quebrado com mais informação sobre o tema. O acompanhamento na rede de atenção psicossocial pós tentativa de suicídio tanto para o indivíduo como para os seus familiares e pessoas próximas que tenham sido afetadas é imprescindível para evitar novas tentativas em ambos os sexos. (BRASIL, 2019b)

Além da porta de entrada, esses pacientes ainda permanecem muito tempo na emergência aguardando avaliação especializada ou hospitalização o que aumenta a importância deste cenário de atendimento na linha de cuidado. O treinamento de habilidades dos profissionais dos serviços de emergência tem grande impacto e as intervenções devem se fundamentar na empatia, na melhor evidência e em uma abordagem colaborativa: foco em ajudar os pacientes a reconhecer as crises (sinais de alarme) e interromper os pensamentos, manter acompanhamento, acionar contatos de emergência e dificultar o acesso aos meios (BETZ; BOUDREAUX, 2016).

Mudar as atitudes destes profissionais é um desafio mas parece que informações gerais sobre o suicídio, contextualizar o sujeito sob cuidados, o prognóstico e a importância das intervenções, tem potencial de mudar as atitudes. Supervisão qualificada e melhores condições de trabalho também tem impacto positivo no cuidado oferecido (SUOKAS; LÖNNQVIST, 1989).

6.1.4 A formação médica no contexto do cuidado a pessoas com comportamento suicida

Um modelo de ensino que não olha e não aprende a partir desse complexo de emoções contribui para que o estudante comece a organizar suas defesas – muitas das vezes inspirado por modelos – como o distanciamento, a racionalidade, a técnica e a organicidade (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002). É tarefa do processo de formação de um médico aprender a constituir vínculo com seu paciente: como escutar, acolher e compreender. Mas, como fazê-lo? Como fazê-lo no contexto atual de atendimento? De tempo... de infraestrutura?

Em HAMAOKA et al. (2007), os autores encontram relatos de uma experiência afetiva de grande impacto individual no evento do suicídio de um paciente: relatos de que a experiência mobilizou o grupo em duas direções: o aumento da atenção para prevenção, buscando sinais de risco em outros pacientes; e também relatos de ansiedade, tristeza, culpa, raiva, dor, frustração e identificação com pacientes (KRUEGER, 1979). A forma como um estudante lida com seus lutos é um fator de impacto na sua capacidade de aceitar e ajudar pacientes e familiares com seus lutos (WEISSKOPF; BINDER, 1976). O processo de formação além de acrescentar habilidades técnicas, deve visar desenvolver a capacidade de julgamento sobre o próprio potencial e reconhecer expectativas irreais dos limites da medicina. Um luto - se olharmos da perspectiva da morte de uma imagem onipotente a respeito do médico, da medicina e da emergência – mas de grande impacto visto que trabalhos em psicoterapia com estudantes de medicina mostram que o sentimento de culpa associado a essa frustração é comum e pode se converter em insegurança, sensação de incapacidade e até dúvida sobre o desejo de ser médico (KRUEGER, 1979).

Os relatos das experiências no atendimento à pessoa com comportamento suicida mostram a falta de espaço para a discussão dos sentimentos, impressões, vivências e reações no contexto da formação médica vem de longe e está inscrita tanto nos preceptores quanto nos estudantes sustentando um ciclo-modelo de ensino-aprendizagem. Preceptores narram suas próprias dificuldades de lidar com o atendimento à pessoa com comportamento suicida não falando sobre o tema – *“eu lido com os meus sentimentos no atendimento desses pacientes jogando na*

caixinha do nunca"; ou lançando mão do distanciamento – “*se a gente fizer uma conexão profunda com o paciente pode prejudicar*”.

Na fase clínica, estudantes fazem operações de comparação entre os modelos de relação médico-paciente aprendidos e observados e é um desafio para eles decidir quais eles vão adotar (EGNEW, WILSON, 2011). De acordo com os resultados, os estudantes no internato do último ano de medicina, parecem já haver incorporado uma ideia do lugar do médico generalista e do serviço de emergência no atendimento à pessoa com comportamento suicida trazendo em suas narrativas muitas das questões apontadas pela literatura: a falta de tempo para atender, inabilidade de ouvir, a função da emergência de salvar vidas, o foco ‘no corpo’, a ideia segmentada da rede e do papel de cada profissional em sua especialidade, etc.

Desta forma, em uma perspectiva positiva, o internato pode ser ponto importante para a quebra desse ciclo. Para alcançar uma prática da relação médico-paciente que seja efetiva não basta observar práticas excelentes, mas é necessário também refletir e dialogar a fim de clarear as ‘impressões’: transformar o implícito em explícito, trazer o que se encontra abaixo da superfície da consciência. Um modelo transparente, com ambiente de discussão pode otimizar a autoconsciência sobre as práticas tanto pessoais quanto institucionais pois muitos profissionais não refletem sobre como agem no cuidado com pacientes (EGNEW, WILSON, 2011).

Os preceptores apontam uma característica dos estudantes de funcionarem como ‘esponjas’ ao longo do internato absorvendo bons e maus aprendizados. Não se pode ignorar a força já citada da experiência prática clínica... mas cabe reforçar o lugar de destaque que merece o saber que nasce da experiência e a atenção que estes estágios em serviço merece. O aprendizado que nasce da experiência é potente principalmente por gerar reflexões conscientes sobre a mesma: aprendizagem é o processo por onde o desenvolvimento ocorre e implica perceber e processar. A qualificação de um profissional – isto é, seu desenvolvimento – não cessa e implica em continuar aquisição de conhecimento, atitudes e competências e depende de seu engajamento neste processo de aprendizagem e se reflete nas competências, no conhecimento, nos sentimentos e na postura ética relativos à sua atuação (PIMENTEL, 2007).

Em relação ao tema da integração entre ensino e serviço, os preceptores citaram as dificuldades e limitações que enfrentam para intervir nas práticas

assistências da UPA por estarem ali como professores da instituição de ensino e não como o médico responsável do serviço. Um preceptor participante usou o termo “visitante” na UPA. Esta situação reafirma a dificuldade que ainda existe na compreensão do SUS em seu papel fundamental na formação de profissionais da saúde e, relacionando com o parágrafo anterior, negligenciando a importância que estas experiências de aprendizado em serviço guardam com as práticas futuras desses profissionais em formação.

Mesmo com a mudança nos currículos das escolas médicas nos últimos anos, com a atenção para o modelo ‘Biopsicossocial’ do adoecer; as questões subjetivas, de contexto individual e social do paciente parecem mostrar grande dificuldade dos estudantes e dos preceptores entrevistados em olhar para esse paciente integralmente. Seria o paciente da Saúde Mental aqui representado no comportamento suicida aquele que mais coloca luz sobre o *Psi* e o Social? O modelo biomédico parece realmente – diante das observações do trabalho - confirmar seu papel relevante em reduzir a relação médico-paciente ao diagnóstico e ao tratamento.

O impacto da pandemia na suspensão do estágio por 8 meses limitou o estudo a um grupo de apenas 6 participantes – 3 estudantes e 3 preceptores. Além disso, por tratar-se de um trabalho de abordagem qualitativa, os resultados não podem ser generalizados. Entretanto eles trazem à superfície questões importantes relacionadas ao tema da relação médico-paciente no contexto do comportamento suicida e algumas delas são comuns a todo o grupo de participantes.

6 CONCLUSÃO

Existem questões afetivas relevantes como medo, insegurança, desconfiança, transferência, contratransferência, raiva, irritação envolvidas no atendimento à pessoa com comportamento suicida no serviço de emergência e elas aparecem nos relatos dos estudantes do último ano e dos preceptores. O estudo aponta que as fragilidades estruturais (espaço, tempo, falta de capacitação, pressão do sistema, etc.) são fatores que interferem no cuidado oferecido. A articulação da rede não aparece na percepção do grupo estudado pela visão do cuidado compartilhado e integral; praticamente se limita ao CAPS e aos hospitais psiquiátricos excluindo a atenção primária. A rede e os outros profissionais são citados como responsáveis por tarefas como a escuta, a orientação e o vínculo com o paciente e seus familiares. A questão dos sentimentos envolvidos nestes atendimentos por parte dos preceptores e dos estudantes parece subvalorizada e impacta no cuidado. Educação continuada, espaço de fala para os sentimentos envolvidos, atuação multidisciplinar para troca de saberes e experiências parecem caminhos possíveis de melhoria na atenção ao comportamento suicida.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. (2014).

BAHIA, Camila Alves *et al.* Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 9, p. 2841-2850, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>.

BALINT, M. **A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Ed Atheneu, 1975.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. 229 p.

BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicídio e diagnóstico psiquiátrico: uma perspectiva mundial. **Psiquiatria mundial: jornal oficial da Associação Psiquiátrica Mundial (WPA)**, v. 1, n. 3, pág. 181–185, 2002.

BETZ, Marian E.; BOUDREAUX, Edwin D.. Managing Suicidal Patients in the Emergency Department. **Annals Of Emergency Medicine**, [S.L.], v. 67, n. 2, p. 276-282, fev. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.09.001>.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica**. São Paulo: Cortez, 2011.

BOLTANSKI, L. **A relação médico-paciente**. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Ed. Graal. 1979.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, [S.L.], n. 19, p. 20-28, abr. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-24782002000100003>.

BOTEGA, Neury J. **Crise suicida: avaliação e manejo** [recurso eletrônico] / Neury José Botega. – Porto Alegre: Artmed, 2015. e-pub. *in* <https://docero.com.br/doc/xsvxxs8>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 50, n. 24, p. 1-14, set. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 50, n. 15, p. 1-12, jul. 2019b.

BRASIL. Resolução nº 3, de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. CNE/CES.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 647-654, set. 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1999000300023>.

CERQUEIRA, Paula et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias. **Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014. p. 25-42.

CLARKE, Diana *et al.* Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: a literature review and thematic content analysis. **International Journal Of Mental Health Nursing**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 273-284, 26 ago. 2013. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12040>.

CROSBY, Alex E. *et al.* Suicidal Thoughts and Behaviors Among Adults Aged ≥18 Years: United States, 2008-2009. **Morbidity And Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 60, n. 13, p. 1-22, out. 2011.

CROSBY, Alex E.; ORTEGA, Lavonne; MELANSON, Cindi. **Self-directed Violence Surveillance: uniform definitions and recommended data elements**. Atlanta: Cdc, 2011. 96 p. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 1-20, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

D'ASSUNÇÃO BARROS, J.. Tempo e narrativa em Paul Ricoeur: considerações sobre o círculo hermenêutico. **Fênix - Revista de História e Estudos Culturais**, v. 9, n. 1, p. 1-27, 25 abr. 2012.

DELEUZE, Giles. **Aulas em Vincennes [1978-1981]: aula de 24 de janeiro de 1978**. Tradução Emanuel Angelo da Rocha Fragoso; Hélio Rebello Cardoso Jr., 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2l94oBt>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

DELLA SANTA, Nathália; CANTILINO, Amaury. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 772-780, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00262015>.

DREM, T. Self harm and the emergency department. **BMJ**, [S.L.], p. 1150-1151, 13 abr. 2016. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i1150>.

DURKHEIM, Emile. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DYRBYE, Liselotte N.; THOMAS, Matthew R.; SHANAFELT, Tait D.. Medical Student Distress: causes, consequences, and proposed solutions. **Mayo Clinic Proceedings**, [S.L.], v. 80, n. 12, p. 1613-1622, dez. 2005. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.4065/80.12.1613>.

EGNEW, Thomas R .; WILSON, Hamish J. Modelagem de papéis da relação médico-paciente no currículo clínico. **Medicina da Família** , v. 43, n. 2, pág. 99–105, 2011.

EGNEW, Thomas R.; WILSON, Hamish J.. Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor–patient relationship. **Patient Education And Counseling**, [S.L.], v. 79, n. 2, p. 199-206, maio 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.012>.

FIGHERA, J.; SACCOL, C.s.. A Transferência na Relação Médico/Paciente versus Analista/Analisando. **Revista de Psicologia da Imed**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 4-9, 30 jun. 2009. Complexo de Ensino Superior Meridional S.A.. <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p4-9>.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 408 p. ISBN-13: 978-8536317113.

FRANKLIN, Joseph C. *et al*. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research.. **Psychological Bulletin**, [S.L.], v. 143, n. 2, p. 187-232, 2017. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000084>.

FREITAS, Geísa. A morte pode esperar?: Clínica psicanalítica do suicídio. **Stylus (Rio J.)**. Rio de Janeiro, n. 31, p.215-222, out. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2015000200022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 abr. 2021.

FREUD, Sigmund. **Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos**. 6. ed. Londres: Imago, 1970. 145 p. (1910).

GATTAZ, Wagner F.. Violência e doença mental: fato ou ficção?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 196-196, dez. 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44461999000400005>.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (Orgs.). **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. 1ª edição. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde).

GUILLON, Claude LE BONNIEC, Yves. **Suicídio Modo de Usar: História, Técnica, Notícia**. Lisboa: Antígona, 1990.

HADFIELD, Jo *et al.* Analysis of Accident and Emergency Doctors' Responses to Treating People Who Self-Harm. **Qualitative Health Research**, [S.L.], v. 19, n. 6, p. 755-765, 8 maio 2009. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732309334473>.

HAIDET, Paul *et al.* Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. **Medical Education**, [S.L.], v. 36, n. 6, p. 568-574, 31 maio 2002. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01233.x>.

HAMAOKA, D. A. *et al.* Medical Students' Responses to an Inpatient Suicide: opportunities for education and support. **Academic Psychiatry**, [S.L.], v. 31, n. 5, p. 350-353, 1 out. 2007. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ap.31.5.350>.

HAWTON, Keith; MALMBERG, Aslög; SIMKIN, Sue. Suicide in doctors: a psychological autopsy study. **Journal Of Psychosomatic Research**, [S.L.], v. 57, n. 1, p. 1-4, jul. 2004. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(03\)00372-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00372-6).

HILL, Terry. How clinicians make (or avoid) moral judgments of patients: implications of the evidence for relationships and research. **Philosophy, Ethics, And Humanities In Medicine**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 11, 2010. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1747-5341-5-11>.

HITE, Gillian. Setting and maintaining professional role boundaries: an educational strategy. **Medical Education**, [S.L.], v. 38, n. 8, p. 903-910, ago. 2004. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01894.x>.

ITO, Hiroto *et al.* Responses to patients with suicidal ideation among different specialties in general hospitals. **General Hospital Psychiatry**, [S.L.], v. 30, n. 6, p. 578-580, nov. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.05.004>.

JEAMMET, P., REYNAUD, M., CONSOLI, S. **Manual de Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Ed. Masson, 1982.

KAPUR, Navneet *et al.* Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy?. **British Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 202, n. 5, p. 326-328,

maio 2013. Royal College of Psychiatrists.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>.

KLEINMAN, Arthur. Culture, Illness, and Care. **Annals Of Internal Medicine**, [S.L.], v. 88, n. 2, p. 251, 1 fev. 1978. American College of Physicians.
<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>.

KLEINMAN, Arthur. The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition. **Academic Medicine**, v. 92, n. 10, p. 1406, 2017.

KLEINMAN, Arthur. **The Illness Narratives**: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books, 1988. 284 p. ISBN-13: 978-0465032044.

KLEINMAN, Arthur; BENSON, Peter. Anthropology in the Clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. **Plos Medicine**, [S.L.], v. 3, n. 10, p. 1661-1662, 24 out. 2006. Public Library of Science (PLoS).
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>.

KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Focus**, v. 88, n. 1, p. 251-149, 2006.

KLONSKY, E. David; MAY, Alexis M.; SAFFER, Boaz Y.. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. **Annual Review Of Clinical Psychology**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 307-330, 28 mar. 2016. Annual Reviews. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>.

KOSIK, Russell O *et al.* Suicidal ideation in medical students. **Neuropsychiatry**, [S.L.], v. 07, n. 01, p. 9-11, 2017. OMICS Publishing Group.
<http://dx.doi.org/10.4172/neuropsychiatry.1000172>.

KRUEGER, David W.. Patient suicide. **General Hospital Psychiatry**, [S.L.], v. 1, n. 3, p. 229-233, set. 1979. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(79\)90023-9](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(79)90023-9).

LACAN, Jacques. Psicoanálisis y medicina: el lugar del psicoanálisis en la medicina. **Mesa Redonda del Collège de Médecine**, La Salpêtrière, p. 1-29, 16 fev. 1966.

LARROSA, Jorge Bondia. Notas sobre a experiência eo saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, n. 19, p. 20-28, 2002.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. *Revista Latino-americana de Saúde*, México, v. 2, p. 7-25, 1982. Disponível em:
https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/180/. Acesso em: 21 abr. 2021.

MACKAY, Nadine; BARROWCLOUGH, Christine. Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: attributions, emotions and willingness to help. **British Journal Of Clinical Psychology**, [S.L.], v. 44, n. 2, p. 255-267, jun. 2005. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1348/014466505x29620>.

MALTSBERGER, John T.. Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. **Archives Of General Psychiatry**, [S.L.], v. 30, n. 5, p. 625, 1 mai. 1974. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760110049005>.

MONAHAN, J. “Um terror para seus vizinhos”: crenças sobre transtorno mental e violência em perspectiva histórica e cultural. **O Boletim da Academia Americana de Psiquiatria e o Direito**, v. 20, n. 2, pág. 191–195, 1992.

NEBHINANI, Naresh *et al.* Medical students' attitude toward suicide attempters. **Industrial Psychiatry Journal**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 17, 2016. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/0972-6748.196050>.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio; TURATO, Egberto Ribeiro. Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. **Medical Education**, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 322-328, abr. 2006. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02411.x>.

OLFSON, Mark. Emergency Treatment of Deliberate Self-harm. **Archives Of General Psychiatry**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 80, 1 jan. 2012. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.108>.

OXFORD. **Dicionário Oxford**. 3. ed. Inglaterra: Oxford, 2018. 773 p. ISBN-13: 978-0194403566.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022008000400012>.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: Sulina, 2017. 207 p. ISBN-13: 978-8520505304.

PATEL, A. R.. Attitudes towards self-poisoning. **BMJ**, [S.L.], v. 2, n. 5968, p. 426-429, 24 maio 1975. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.2.5968.426>.

PEREIRA, Luiz H. M.. Suicídio e transtorno depressivo entre médicos e estudantes de medicina: um recorte de gênero. **International Journal Of Psychiatry**, [s. /], v. 25, n. 4, abr. 2020.

PIMENTEL, Alessandra. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. **Estudos de Psicologia (Natal)**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 159-168, ago. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2007000200008>.

PINHEIRO, Roseni. **Cuidado em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html#:~:text='Cuidado%2>

0em%20sa%C3%BAde'%20%C3%A9%20o,e%20resolutividade%20de%20seus%20problemas. Acesso em: 21 abr. 2021.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu; LIMA, Maria Cristina Pereira. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 6, n. 11, p. 107-116, ago. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832002000200008>.

REDSCH, Oliver et al. Comparison of German and Japanese general practitioners' awareness of suicide and attitudes toward patients with suicidal ideation. **Acta Medica Okayama**, v. 60, n. 3, p. 159-165, 2006.

REES, Nigel *et al.* Perceptions of paramedic and emergency care workers of those who self harm: a systematic review of the quantitative literature. **Journal Of Psychosomatic Research**, [S.L.], v. 77, n. 6, p. 449-456, dez. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.09.006>.

REES, Nigel; RAPPORT, Frances; SNOOKS, Helen. Perceptions of paramedics and emergency staff about the care they provide to people who self-harm: constructivist metasynthesis of the qualitative literature. **Journal Of Psychosomatic Research**, [S.L.], v. 78, n. 6, p. 529-535, jun. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.007>.

RICOEUR, P. **O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica**. Trad. Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: Imago, 1978. 419p.

RICOEUR, Paul. **Hermenêutica e ideologias**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 4ª. Reimpressão 2019. 184 p. ISBN-13: 978-8532637123.

RICOEUR, Paul; BERLINER, Claudia. **Tempo e narrativa: a intriga e a narrativa histórica**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. 408 p.

RIVERA-SEGARRA, Eliut *et al.* Suicide Stigma among Medical Students in Puerto Rico. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 15, n. 7, p. 1366, 29 jun. 2018. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15071366>.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2016. 1490 p. ISBN-13: 9788582713785.

SARIASLAN, Amir *et al.* Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence in Persons With Psychiatric Disorders in Sweden. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 77, n. 4, p. 359, 1 abr. 2020. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4275>.

SARTORIUS, Norman. Iatrogenic stigma of mental illness: begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. **BMJ**, [S.L.], v. 324, n. 7352, p. 1470-1471, 22 jun. 2002. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1470>.

SAUNDERS, Kate E.A. *et al.* Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 139, n. 3, p. 205-216, ago. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>.

SEMMLER, Luzie; UCHINOKURA, Shingo; PIETZNER, Verena. Comparison of German and Japanese student teachers' views on creativity in chemistry class. **Asia-Pacific Science Education**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 1-29, 16 maio 2018. Brill. <http://dx.doi.org/10.1186/s41029-018-0025-4>.

SHER, L.. Teaching medical professionals about suicide prevention: what's missing?. **QJM**, [S.L.], v. 104, n. 11, p. 1005-1008, 8 ago. 2011. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcr125>.

SNOW, Rosamund. **What your patient is thinking: Self harm and the emergency department**. The BMJ, 2016. Disponível em: < <https://bit.ly/2IR7U3y> >. Acesso em: 12 set. 2019.

SOAR FILHO, E.J.. A interação médico-cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 35-42, mar. 1998. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42301998000100007>.

STEWART, Moira *et al.*. **Medicina Centrada na Pessoa**: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 416 p.

SUOKAS, J.; LÖNNQVIST, J.. Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S.L.], v. 79, n. 5, p. 474-480, maio 1989. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10290.x>.

TAPOLA, Vojna; WAHLSTRÖM, Jarl; LAPPALAINEN, Raimo. Effects of training on attitudes of psychiatric personnel towards patients who self-injure. **Nursing Open**, [S.L.], v. 3, n. 3, p. 140-151, 17 fev. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.45>.

VEDANA, Kelly Graziani Giacchero; ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi. Attitudes of nursing students toward to the suicidal behavior. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 27, p. 1-8, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2842.3116>.

WANG, Shujie *et al.* A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital. **International Journal Of Nursing Sciences**, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 354-361, dez. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.07.007>.

WEE, Lei-Hum *et al.* Health-Care Workers' Perception of Patients' Suicide Intention and Factors Leading to It: a qualitative study. **Omega - Journal Of Death And Dying**, [S.L.], v. 82, n. 2, p. 323-345, 27 nov. 2018. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0030222818814331>.

WEISSKOPF, Susan; BINDER, Jeffrey L.. Grieving medical students: educational and clinical considerations. **Comprehensive Psychiatry**, [S.L.], v. 17, n. 5, p. 623-630, set. 1976. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0010-440x\(76\)80006-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0010-440x(76)80006-5).

WESTON, W. Wayne; BROWN, Judith Belle. Educação médica centrada no educando. In: Stewart et al. (orgs.) **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed.

WHITE, Gillian E. Setting and maintaining professional role boundaries: an educational strategy. **Medical education**, v. 38, n. 8, p. 903-910, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: Freelance, 2010. 64 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Mental health action plan 2013 - 2020**. Genebra, 2013. 45 p. (ISBN: 9789241506021). Mental Health and Substance Use.

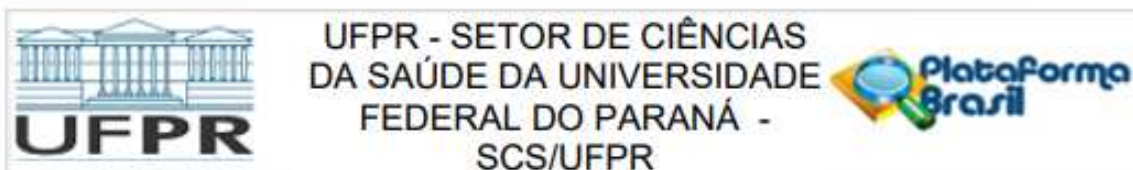
WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Suicide in the world: global health estimates. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Genebra, 2019. 32 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Preventing suicide**: a resource for primary health care worker. Genebra: General, 2000. 17 p.

ZAMBELLI, Cássio Koshevnikoff *et al.* Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. **Psicologia Clínica**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 179-195, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-56652013000100012>.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 66, p. 721-731, 21 maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.

Anexo 1 - Aprovação do Comitê de Ética UFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: EXPERIÊNCIA DE APRENDIZADO DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM AUTOINTOXICAÇÕES E LESÕES AUTO PROVOCADAS

Pesquisador: Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 25205819.9.0000.0102

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.475.852

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto de pesquisa intitulado "Experiência de aprendizado de estudantes de Medicina no atendimento a pacientes com autointoxicações e lesões auto provocadas" sob a coordenação e orientação da Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos, do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná (UFPR), com a colaboração do Prof. Dr. Helvio Slomp Junior e participação do mestrando Lucio Flavio Benini Lage.

Objetivo da Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral "conhecer a experiência dos estudantes de medicina da universidade Positivo quanto ao atendimento a usuários em casos de autoagressão ou tentativas de suicídio."

Objetivos Específicos

"Problematizar a percepção dos estudantes de medicina do último ano quanto ao atendimento a esses usuários."

"Descrever os afetos envolvidos nesse contexto de atendimento."

"Identificar a relação que esses afetos possam guardar com a habilidade de acolher, de ouvir e de cuidar."

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

UF: PR




Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética – Positivo

		UNIVERSIDADE POSITIVO	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXPERIÊNCIA DE APRENDIZADO DE ESTUDANTES DE MEDICINA NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM AUTOINTOXICAÇÕES E LESÕES AUTO PROVOCADAS

Pesquisador: Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25205819.9.3001.0093

Instituição Proponente: CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES POSITIVO LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.809.237

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, que visa compreender a experiência de aprendizado no atendimento aos pacientes que procuram o serviço de saúde por auto intoxicação ou lesões autoprovocadas, realizado pelos alunos do 6º ano de medicina na Universidade Positivo, em um estágio de Urgência e Emergência. Os alunos que atenderem pacientes que interessam ao trabalho serão identificados por seus preceptores em campo e convidados verbalmente a participar da pesquisa. Esses nomes serão encaminhados ao pesquisador que entrará em contato para agendar a entrevista. O tempo transcorrido entre o atendimento e a entrevista não deve ser maior que uma semana, para que a experiência, objeto do estudo, não se perca ao longo dos dias. As entrevistas deverão acontecer prioritariamente no Campus da Universidade Positivo, por já apresentar a infraestrutura necessária de salas com silêncio e privacidade; em horário acordado e que concilie as possibilidades do entrevistado com as do pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer a experiência dos estudantes de medicina da universidade Positivo quanto ao atendimento a usuários em casos de autoagressão ou tentativas de suicídio.

Objetivo Secundário: • Problematizar a percepção dos estudantes de medicina do último ano quanto ao atendimento a esses usuários. • Descrever os afetos envolvidos nesse contexto de

Endereço: Rua Profº Pedro Viriato Parigot de Souza nº 5300			
Bairro: Campo Comprido	CEP: 81.280-300		
UF: PR	Município: CURITIBA		
Telefone: (41)3317-3260	Fax: (41)3317-3030	E-mail: cep@up.edu.br	

Anexo 3 – Roteiro de entrevista

Apresentação

Teste do dispositivo de gravação

Leitura do TCLE

Início da Entrevista

Perguntas disparadoras:

(Estudantes)

1. Conte como foi sua experiência no atendimento deste paciente?
2. Que sentimentos você acredita que estavam presentes neste atendimento?
3. O que você pensa sobre o cuidado oferecido a este paciente?
4. O que você acredita que aprendeu no atendimento deste caso?
5. O que você acredita que te ajudaria em relação a este atendimento?

(Preceptores)

1. Conte sobre as suas experiências no atendimento destes pacientes?
2. Que sentimentos você acredita que estão presentes nestes atendimentos?
3. O que você pensa sobre o cuidado oferecido a estes pacientes?
4. O que você acredita que aprende no atendimento destes casos?
5. O que você acredita que te ajudaria em relação a estes atendimentos?

(Tempo de entrevista aproximado 40m)

Anexo 4 – Concordância Dos Serviços Envolvidos (estudantes) – Universidade Positivo



Concordância de Coparticipação

Curitiba, 30 de outubro de 2019

Senhor Coordenador,

Declaramos que nós do Curso de Medicina da Universidade Positivo, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "Experiência de aprendizado de estudantes de medicina no atendimento a pacientes com autointoxicações e lesões autoprovocadas" sob a responsabilidade de Lucio Flavio Benini Lage, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em 2022.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão estudantes do último ano de Medicina da nossa Universidade que passam pelo estágio em Urgência e Emergência, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 (CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a esta Instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Atenciosamente,

Luiz Henrique Picolo Furlan
Coordenador Adjunto da 5ª e 6ª séries

Luiz Henrique Picolo Furlan
Coordenador Executivo do
Curso de Medicina
Universidade Positivo

**Anexo 5 – Concordância dos Serviços envolvidos (estudantes) - Coordenação
do Internado de Saúde mental**



Concordância dos serviços envolvidos

Curitiba, 01 de novembro de 2019.

Senhor Coordenador,

Declaramos que nós do Internato em Saúde Mental do Curso de Medicina da Universidade Positivo, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "Experiência de aprendizado de estudantes de medicina no atendimento a pacientes com autointoxicações e lesões auto provocadas" sob a responsabilidade de Lucio Flávio Benini Lage, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em 2022.

Concordamos em receber o estudante que apresentar necessidade de acolhimento assim que identificado pelo preceptor/entrevistador/pesquisador.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão estudantes de medicina do último ano bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012(CNS) e complementares.

Atenciosamente,

Raquel Tatiane Heep
Coordenadora Adjunta de Saúde Mental
Universidade Positivo – Curso de Medicina

Anexo 6 – Concordância dos Serviços envolvidos (estudantes) - SIAE**Concordância dos serviços envolvidos**

Curitiba, 31 de Outubro de 2019.

Senhor Coordenador,

Declaramos que nós do SIAE – Serviço de Informação e Apoio ao Estudante, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “Experiência de aprendizado de estudantes de medicina no atendimento a pacientes com autointoxicações e lesões auto provocadas” sob a responsabilidade de Lucio Flávio Benini Lage, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em 2022.

Concordamos em receber em nosso serviço o estudante que apresentar necessidade de acolhimento assim que identificado pelo preceptor/entrevistador/pesquisador.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão estudantes de medicina do último ano bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012(CNS) e complementares.

Atenciosamente,

REJINALDO JOSÉ CHIARADIA
Coordenador do SIAE
Centro de Serviços Acadêmicos – Universidade Positivo

Rejinaldo José Chiaradia
Coord. SIAE - Serviço de Informação e Apoio ao Estudante
Centro de Serviços Acadêmicos
Psicólogo - CRP 08/08753

Anexo 7 – TCLE dos estudantes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Helvo Slomp Junior e Lucio Flavio Benini Lage, respectivamente professores e aluno de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná, estou(amos) convidando você estudante do último ano de Medicina da Universidade Positivo a participar de um estudo intitulado “Experiência de aprendizado de estudantes de medicina no atendimento a pacientes com autointoxicações e lesões auto provocadas”. Este estudo abre espaço para discussão e avaliação da experiência pessoal de aprendizado do estudante em campo de estágio prático visando suas dificuldades, emoções, percepções a partir de sua narrativa pessoal.

- a) O objetivo desta pesquisa é utilizar o tema da autointoxicação/autoagressão como questão índice para avaliar a relação médico-paciente, conhecer a SUA percepção, os afetos e juízos envolvidos neste contexto e suas consequências na SUA habilidade de escutar, acolher e cuidar
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário conceder uma entrevista aberta narrando sua experiência pessoal neste atendimento
- c) Para tanto você deverá comparecer na Universidade Positivo R. Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300 - Cidade Industrial De Curitiba, Curitiba – PR, no bloco amarelo, em sala e horário que definiremos posteriormente para ser entrevistado, o que levará aproximadamente uma hora.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a expor temas relacionados à sua intimidade como o que sentiu, o que pensou, o que observou bem como citar observações referentes a outras pessoas que também te impactaram durante o atendimento.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o constrangimento pelo fato de que o entrevistador é um preceptor da Universidade em campo de estágio; ou que você se identifique com o sofrimento e a angústia do paciente atendido, mas serão garantidos um ambiente acolhedor e com privacidade. Além disso, caso você se sinta mal, também será garantida assistência ao participante, sem quaisquer custos, através de uma rede de apoio que compreende o Serviço Integrado de Apoio ao Estudante (SIAE) e a Coordenação do Internato em Saúde Mental.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: discutir a comunicação médico-paciente e as habilidades necessárias na abordagem centrada na pessoa; as atitudes positivas e negativas diante destes pacientes e os afetos de onde emergem tais atitudes; as capacidades técnicas relacionadas ao tema e, por último, identificar lacunas de aprendizado do currículo formal que precisem ser trabalhadas pensando estratégias para a preceptoria.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
 Orientador [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
 Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
 cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259
 Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Positivo
 Rua Pedro Viriato parigot de Souza, 3000 | Curitiba/PR | CEP 81280-330 | Telefone (041) 3317-3260

- g) Os pesquisadores Deivisson Vianna Dantas dos Santos poderá ser localizado Setor de Ciências da Saúde, Rua Padre Camargo, 280, Alto da Glória, Curitiba- PR no 3º andar segundas, quartas e quintas das 13:00 as 17:00, e-mail deivianna@gmail.com telefones 3360-7231 / 3360-7229 / 3360 7209, Helvo Slomp Junior poderá ser localizado no e-mail helvosi@gmail.com e Lucio Flavio Benini Lage no e-mail luciolage@hotmail.com e no celular (41) 988 483 311 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) Você também, se desejar, poderá optar por tratamento alternativo ao que está sendo proposto. Este tratamento consiste em ser entrevistado em local a sua escolha que garanta a privacidade necessária a realização da entrevista
- i) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e sua decisão não terá impacto na sua avaliação no estágio uma vez que você não será entrevistado por seu preceptor direto.
- j) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas que são o pesquisador principal e os colaboradores, respectivamente, Deivisson Vianna Dantas dos Santos , Helvo Slomp Junior e Lucio Flavio Benini Lage. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**
- k) O material obtido – áudios das entrevistas realizadas e sua transcrição – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado. O material virtual será apagado dos *drives* e nuvens; o material em papel será picotado e descartado dentro de 1 ano após o término do estudo.
- l) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- m) Você terá a garantia de que problemas como a sua identificação com o paciente do caso ou a sua manifestação de qualquer sofrimento psíquico será encaminhada ao SIAE e à Coordenação do Internato em Saúde Mental para avaliação e seguimento sem qualquer custo.
- n) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- o) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFPR Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259; o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Positivo Rua Pedro Viriato parigot de Souza, 3000 | Curitiba/PR | CEP 81280-330

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
 Orientador [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
 Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259
 Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Positivo
 Rua Pedro Viriato parigot de Souza, 3000 | Curitiba/PR | CEP 81280-330 | Telefone (041) 3317-3260

| Telefone (041) 3317-3260 e a Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP) SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília – DF, (61) 3315-5878. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

- p) Este termo de Consentimento Livre e Esclarecido consta de duas vias originais que serão assinadas e você levará consigo uma delas.

Eu, _____, li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item M].

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____, ____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

Anexo 8 - Concordância Dos Serviços Envolvidos (preceptores) – Universidade Positivo



CONCORDÂNCIA DE COPARTICIPAÇÃO

Curitiba 18/05/2021

Senhor Coordenador,

Declaramos que nós do curso de medicina da Universidade Positivo estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “Experiência de aprendizado de estudantes de medicina no atendimento a pacientes com autointoxicações e lesões autoprovocadas” sob a responsabilidade de Lúcio Flávio Benini Lage nas nossas dependências ou por aplicativo de webconferência tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR até o seu final em 2022.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão estudantes e preceptores do último ano de medicina da nossa universidade que passam pelo estágio em urgência e emergência bem como de que o presente trabalho deve seguir a resolução 466/2012 e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem a esta instituição uma via do parecer gerado pelo comitê de ética em pesquisa do setor de ciências da saúde da UFPR.

Atenciosamente.

Coordenador do curso de Medicina

MARCOS TAKIMURA
Coordenador Acadêmico do
Curso de Medicina

**Anexo 9 - Concordância dos Serviços envolvidos (preceptores) -
Coordenação do Internado de Saúde mental**



CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Curitiba 18/05/2021

Senhor Coordenador

Declaramos que nós do Internato em Saúde Mental do Curso de Medicina da Universidade Positivo estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “Experiência de aprendizado de estudantes de medicina no atendimento a pacientes com autointoxicações e lesões autoprovocadas” sob a responsabilidade de Lúcio Flávio Benini Lage nas nossas dependências ou por aplicativo de webconferencia tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR até seu final em 2022.

Concordamos em receber o estudante ou o preceptor que apresentar necessidade de acolhimento assim que identificado pelo preceptor/entrevistador/pesquisador.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão estudantes e preceptores de medicina do último ano bem como que o presente trabalho deve seguir a resolução 466/2012 (CNS) e complementares.

Atenciosamente.

Raquel Tatiane Heep

Coordenadora Adjunta de Saúde Mental

Universidade Positivo – Curso de Medicina

Anexo 10 – TCLE Preceptores

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Helvo Slomp Junior e Lucio Flavio Benini Lage, respectivamente professores e aluno de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná, estou(amos) convidando você estudante do último ano de Medicina da Universidade Positivo a participar de um estudo intitulado "Experiência de aprendizado de estudantes de medicina no atendimento a pacientes com autointoxicações e lesões auto provocadas". Este estudo abre espaço para discussão e avaliação da experiência pessoal de aprendizado do estudante em campo de estágio prático visando suas dificuldades, emoções, percepções a partir de sua narrativa pessoal.

- a) O objetivo desta pesquisa é utilizar o tema da autointoxicação/autoagressão como questão índice para avaliar a relação médico-paciente, conhecer a SUA percepção, os afetos e juízos envolvidos neste contexto e suas consequências na SUA habilidade de escutar, acolher e cuidar.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário conceder uma entrevista aberta narrando sua experiência pessoal neste atendimento. Para tanto você deverá participar de entrevista por videoconferência através do aplicativo Zoom, com duração de, no máximo, uma hora em horário de sua preferência. Dessa entrevista somente o áudio será gravado. Você deverá responder a perguntas como: 1. Conte sobre as suas experiências no atendimento deste paciente? 2. Que sentimentos você acredita que estão presentes neste atendimento? 3. O que você pensa sobre o cuidado oferecido a este paciente? 4. O que você acredita que aprende no atendimento destes casos? 5. O que você acredita que te ajudaria em relação a estes atendimentos?
- c) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a expor temas relacionados à sua intimidade como o que sentiu, o que pensou, o que observou bem como citar observações referentes a outras pessoas que também lhe impactaram durante o atendimento.
- d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o constrangimento pelo fato de que o entrevistador também foi um preceptor da Universidade em campo de estágio; ou que você se identifique com o sofrimento e a angústia do paciente atendido, mas serão garantidos um ambiente acolhedor e com privacidade. Além disso, caso você se sinta mal, também será garantida assistência ao participante, sem quaisquer custos, através de uma rede de apoio pactuada com a Coordenação do Internato em Saúde Mental.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: discutir a comunicação médico-paciente e as habilidades necessárias na abordagem centrada na pessoa; as atitudes positivas e negativas diante destes pacientes e os afetos de onde emergem tais atitudes; as capacidades técnicas relacionadas ao tema e, por último, identificar lacunas de aprendizado do currículo formal que precisem ser trabalhadas pensando estratégias para a preceptoria.

- f) Os pesquisadores Deivisson Vianna Dantas dos Santos poderá ser localizado Setor de Ciências da Saúde, Rua Padre Camargo, 280, Alto da Glória, Curitiba- PR no 3º andar segundas, quartas e quintas das 13:00 as 17:00, e-mail deivianna@gmail.com telefones 3360-7231 / 3360-7229 / 3360 7209, Helvo Slomp Junior poderá ser localizado no e-mail helvosj@gmail.com e Lucio Flavio Benini Lage no e-mail luciolage@hotmail.com e no celular (41) 988 483 311 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas que são o pesquisador principal e os colaboradores, respectivamente, Deivisson Vianna Dantas dos Santos , Helvo Slomp Junior e Lucio Flavio Benini Lage. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.
- i) O material obtido – áudios das entrevistas realizadas e sua transcrição – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado. O material virtual será apagado dos drives e nuvens; o material em papel será picotado e descartado 5 (cinco) anos após o término do estudo a Resolução CNS nº 466/12.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- k) Você terá a garantia de que problemas como a sua identificação com o paciente do caso ou a sua manifestação de qualquer sofrimento psíquico será encaminhada à Coordenação do Internato em Saúde Mental para avaliação e seguimento sem qualquer custo.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFPR Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259; o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Positivo Rua Pedro Viriato Parigot de Souza, 3000 | Curitiba/PR | CEP 81280-330

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
 Orientador [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
 Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259
 Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Positivo
 Rua Pedro Viriato parigot de Souza, 3000 | Curitiba/PR | CEP 81280-330 | Telefone (041) 3317-3260

| Telefone (041) 3317-3260 e a Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP) SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília – DF, (61) 3315-5878. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

- n) Este termo de Consentimento Livre e Esclarecido consta de duas vias originais que serão assinadas e você levará consigo uma delas.

Eu, _____, li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item M].

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____, ____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259
Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Positivo
Rua Pedro Viriato Parigot de Souza, 3000 | Curitiba/PR | CEP 81280-330 | Telefone (041) 3317-3260

QUALIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

<http://lattes.cnpq.br/2082293854099988>

Helvo Slomp Junior

<http://lattes.cnpq.br/9184503963374194>

Lucio Flavio Benini Lage

<http://lattes.cnpq.br/1100160242981102>